1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Aby uczciwie wypełnić swój obowiązek wobec lekarzy polskich, wypełnić słuszne ich żądania i zaspokoić niezbędne potrzeby, aby dalszą swą służbę z rzeczywistym dla nauki lekarskiej pełnić pożytkiem, sprzymierzone dotąd polskie czasopisma lekarskie wcielają się w jeden nowy wspólny tygodnik.

Spełnia się myśl, rzucona przed dwoma lat dziesiątkami, skupienia sił, zestrzelenia myśli w jedno ognisko. Zapewne, — milejby może było dojść do tego bez nacisku okoliczności zewnętrznych, ale niema powodu nań się żalić, skoro przyspiesza uzdrowienie naszego czasopiśmiennictwa i kształtuje je według praw postępu. Boć »trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe!«

Przestając istnieć jako osobne organizmy, zrzekając się swej indywidualności, ponoszą nasze czasopisma ofiarę z niejednego, co im było naprawdę drogie, czyto z chlubnej tradycji przeszło półwiekowej pracy i szerokiego wpływu, czy ze swej służby na stołecznych, dzielnicowych lub kresowych placówkach. Ale ofiarę tę składają chętnie, jako daninę na rzecz wspólnego dobra, jako symbol zjednoczenia i na tem polu dzielnic, rozgrodzonych do niedawna wrażą przemocą, jako znak zapomnienia o czasach niewoli.

Wiernym swym czytelnikom i przyjaciołom składają nasze czasopisma w tej przełomowej chwili z serca płynące podziękowanie za ich współpracę i pomoc w przeszłości, ale nie żegnają się z nimi. Wszak porzuciwszy dziś swą postać dawną, odżyją jutro w nowej, wierzymy, że lepszej postaci, a POLSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE będzie wprost dalszym ciągiem czasopism dzisiejszych. Zmieni się tylko nazwanie, wzmocnią się wiązania i żagle, za wiosła i za ster obok spracowanych już dłoni młodsze, silniejsze pochwycą ręce; a statek, co tyle już przetrwał zwycięsko, tylko silniej i szybciej płynąć będzie ku brzegom, gdzie mieszka Prawda i Dobro. c.

Oceny i sprawozdania

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. W r. b. wyszedł jeden zeszyt w lutym, drugi w kwietniu*). Z rozporządzeń, ogłoszonych w części urzędowej, powinny zainteresować ogół lekarski rozporządzenie wykonawcze do ustawy przeciwalkoholowej i rozporządzenie o komisjach opieki nad dziećmi. W nowym regulaminie dla państwowych szkół położnych uderza brak przepisów o sposobie mianowania profesorów (dyrektorów) tych szkół. Rozporządzenie o budowie i utrzymaniu studni należałoby w ustępie o studniach betonowych i innych kopanych (art. 6) uzupełnić wzmianką o pompach; mowa tam bowiem tylko o wiadrach. Wszystkich lekarzy naczelnych w różnych instytucjach obchodzi rozporządzenie, nakazujące przymusowe szczepienie przeciw cholerze i tyfusowi brzusznemu personalu wszystkich szpitali, zakładów dezynfekcyjnych, łaźni, przytułków noclegowych, pogotowi ratunkowych, wodociągów, żeglugi, konduktorów kolejowych, służby czyszczenia miast, pogrzebowej, personalu więziennego i więźniów, handlarzy starzyzny i szmat. Zawodowych spraw lekarzy dotyczą dwa rozporządzenia: Ministerstwa sprawiedliwości z 14. I. 1921. Dz. u. p. Nr 9. poz. 21, podnoszące wynagrodzenia sądowo-lekarskie przez liczenie stawek dawnego rozporządzenia austrjackiego po 5 mk. za koronę i podwyższenie stawek rozporządzenia z 7. VIII. 1920 Dz. u. p. poz. 515 o 150%, liczenie djet wedle VII. i VI. stopnia służbowego (zamiast dawnych VIII—X rangi), — oraz rozp. Ministerstwa zdrowia z 4. I. 1921 Nr I/42001/4069/20, oznaczające wynagrodzenie za jedno szczepienie ospy na 5 mk. wraz ze sprawdzeniem, środkami pomocniczemi, przejazdami i djetami, które już osobno nie będą opłacane. Utworzony rozporządzeniem Rady ministrów z 5. I. 1921 Państwowy Zakład aprowizacji sanitarnej będzie w środki sanitarno-farmaceutyczne zaopatrywać prócz instytucji państwowych także »w miarę możności« instytucje samorządowe. Z ogłaszanych w Biuletynach Ministerstwa sprawozdań zasługiwałoby sprawozdanie z organizacji i czynności Ministerstwa w r. 1918 na szybsze ogłoszenie, i to naraz w całości, by przyspieszyć ogłoszenie sprawozdania za dalsze lata. »Sprawozdanie referatu**) położnictwa« w Ministerstwie odźwierciedla wielkie braki pomocy położniczej w Kongresówce (1 położna lub babka średnio na 61 wiorst kwadr., a są powiaty, gdzie 1:409!, gdy w Niemczech 1:20 kilom. kw.) i energiczną akcję zaradczą Ministerstwa. Artykuł o zwalczaniu chorób wenerycznych w Polsce jest także raczej sprawozdaniem oficjalnem, miejsce więc jego chyba w dziale urzędowym. Sprawozdania statystyczne o chorobach zakaźnych są bardzo spóźnione, za październik i listopad — w lutym, za grudzień w kwietniu. Byłoby bardzo pożądane, by Biuletyny Ministerstwa zdrowia wychodziły na wzór zagranicznych perjodycznie, co najmniej co miesiąc i by wcześniej podawały statystykę epidemji.

*) Trzeciego zeszytu nie otrzymaliśmy; z czwartego, lipcowego, zdamy sprawę w »Polskiem Czasopiśmie lekarskiem«.

**) Co za barbarzyńska terminologja urzędowa! Jak »referat« może składać sprawozdanie!

Dr Stefan Karp'-Rottermund, poseł warszawski na Sejm ustawodawczy. **Obecna gospodarka rządu w sprawach higjeny społecznej i zdrowia publicznego.** (Referat budżetowy sejmowej Komisji skarbowobudżetowej na plenum Sejmu). Warszawa 1921, stron 34. Na wniosek Komisji skarbowobudżetowej uchwalił był Sejm w r. z. wezwać Rząd, by przedstawił projekty: rozgraniczenia kompetencji Ministerstwa zdrowia i Ministerstwa pracy, ustawy, regulującej dalsze istnienie Ministerstwa zdrowia i jego etat, by zreorganizował Ministerstwo zdrowia przez zmniejszenie liczby jego wydziałów i decentralizację oraz ograniczenie do minimum wydatków na instytucje państwowe (szpitale, instytuty serologiczne i t. d.), a większe subwencjonowanie samorządowych, by przedstawił plan gospodarki państwowej w sprawie zdrojowisk i by w budżecie Ministerstwa uwzględnił wydatki na walkę z alkoholizmem. W obecnym swym referacie rozpatruje poseł Dr Rottermund w związku z budżetem stan tych spraw i działalność Ministerstwa zdrowia. Wytyka przedewszystkiem bardzo nieekonomiczną gospodarkę Rządu przez to, że nie usunął dotąd pomieszania kompetencji obu Ministerstw. Następnie stwierdza, że reorganizacja Ministerstwa zdrowia, acz nie ukończona, znacznie jednak postąpiła, zespół urzędniczy jest lepszy i wydatniej pracuje. Bardzo silnie, a słusznie krytykuje poseł Dr Rottermund Rząd, że dotąd nie wykonał uchwały Sejmu i ani nie utrwalił bytu Ministerstwa zdrowia, ani nie zapobiegł coraz większemu rozpraszaniu się spraw sanitarnych po różnych Ministerstwach, gospodarujących w tym zakresie nieraz zupełnie samowolnie, i to nieraz bardzo nieumiejętnie i zbyt kosztownie. W samym tylko budżecie Prezydjum Rady ministrów wynoszą wydatki sanitarne (włączonego tutaj Urzędu dla jeńców i uchodźców) około 40 miljonów. Prócz tego siedem Ministerstw (oprócz Min. zdrowia) ma w swych budżetach znaczne rubryki na cele sanitarne, a tylko

trzy nie! Z przytoczonych przez Dr Rottermunda mnóstwa faktów, dowodzących szkodliwości takiego stanu, uderzają najwięcej wywody, dotyczące wojska, które swe sprawy sanitarne i lekarskie »postawiło w zupełnej niezależności od reszty ludności kraju«; zdarzyły się »wypadki odbierania ludności cywilnej ostatnich szpitali (Stanisławów), zapasów niezastąpionych środków lekarskich (kokaina)«. Dr Rottermund podnosi, że Minister zdrowia, a nie Minister wojny, powinien decydować, »czy można dla celów wojskowych ogałacać ludność z 70% lekarzy«, t. j. 2600, z których — notabene »na potrzeby frontu powołano 700, a 1900 pozostawiono do rozporządzenia Ministerstwa spraw wojskowych — na tyłach«. Może mniej jaskrawe, ale niemniej liczne są szkody, wynikłe z zagarnięcia spraw sanitarnych przez inne Ministerstwa. Toteż wobec grozy epidemji duru plamistego jedyną drogą wyjścia stało się utworzenie Nadzwyczajnego Komisarjatu epidemicznego, stojącego ponicąd — ponad Ministerstwami i przez to mogącego akcję przecież skoordynować. — W szczegółowej części referatu Dr Rottermunda znajdują się cyfry budżetowe Ministerstwa zdrowia. Sumy te (czyste wydatki po potrąceniu dochodów) wynosiły za półtora roku (od lipca 1919 do końca 1920) 489,152.806 mk., w czem mieści się już kredyt, przyznany Naczelnemu Komisarjatowi epidemicznemu 176,888.725 mk.); a największe pozycje stanowią w drugim 6-kwartalnym okresie: zarząd centralny 75 milj., (w czem jednak są pomieszczone wszelkie przez »zarząd centralny« Ministerstwa udzielane dotacje i zapomogi, n. p. dla Komitetu pomocy dzieciom 20 milj., dla państwowego funduszu mieszkaniowego 15 milj.), państwowe szpitale epidemiczne 10 milj., walka z chorobami zakaźnemi 160 milj., 6 zakładów epidemjologicznych i 5 wyrobu surowic i szczepionek przeszło 9 milj., 2 zakłady badania żywności 2·8 milj., instytut dentystyczny 1·8 milj., urzędy sanitarno-obyczajowe w Kongresówce 5·9 milj., zakład w Tworkach 11·4 milj., okręgowe Urzędy zdrowia w Kongresówce 8·1 milj., pomoc lekarska 3·5 milj. i suma wszystkich wydatków w Małopolsce (przedewszystkiem służba sanitarna i szpitalnictwo) 105 milj. — Porównanie gospodarki w Małopolsce i w Kongresówce jest na razie bardzo trudne z powodu zupełnie innego sposobu budżetowania. Przy omówieniu najważniejszych pozycji budżetu znajdują się oprócz uwag krytycznych liczne szczegóły o działalności Ministerstwa zdrowia i o ustroju władz sanitarnych, tem ciekawsze, że poraz pierwszy publicznie ogłoszone, bo o działalności Ministerstwa zawierają jego Biuletyny bardzo mało wiadomości, a poza tem nigdzie się informacji o czynnościach Ministerstwa nie napotyka. — Referat Dr Rottermunda kończy się 10 wnioskami, przedłożonemi obecnie do uchwały Sejmowi przez Komisję skarbowobudżetową, a to: aby Rząd dalej reorganizował Ministerstwo zdrowia, aby zmniejszył samodzielne wydziały sanitarne w innych Ministerstwach, aby udoskonalił pewne szczegóły w sposobie budżetowania, aby ujednostajnił ustawy o rekwizycji mieszkań, usunął nadmiar urzędów w miastach mających brak mieszkań i umożliwił zarządom miejskim podjęcie rozbudowy miast, aby przedstawił wyczerpujący plan walki z gruźlicą i jaglicą, przyspieszył wykonanie rezolucji Sejmu w sprawie zdrojowisk, zdał sprawę z likwidacji Cekaduru (Komisji durowej) i przedłożył projekt ustawy o aptekach. Referat Dr Rottermunda, muszącego stanąć, jako referent komisji skarbowej, na stanowisku budżetu, z natury rzeczy nie może tak wyczerpująco przedstawić działalności Ministerstwa zdrowia i tak jej obszernie omówić, jakby to stać się mogło w ogólnem sprawozdaniu Sejmowej Komisji sanitarnej, której poseł Dr Rottermund jest przewodniczącym. Wobec energji i pracy, jaką Dr Rottermund (niemal jedyny z posłów-lekarzy!) poświęca w Sejmie sprawom zdrowia publicznego, miejmy nadzieję, że i takie niejako fachowe sprawozdanie będzie Sejmowi kiedyś przedłożone, a przez wydrukowanie, stanie się dostępnem dla ogółu.

Dr Stefan Karp'-Rottermund, poseł na Sejm ustawodawczy: **Czy Polsce nadal potrzebne Ministerstwo zdrowia publicznego.** Warszawa 1921 (Wende) str. 10. Jestto mowa sejmowa, wygłoszona 24 lutego 1920 w obronie istnienia Ministerstwa zdrowia, a zawierająca wszystkie w tej sprawie argumenta w formie przekonywającej.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Marchoux: **Beri-beri a awitaminoza.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Wszystkie dotychczasowe rzekome przyczyny beri-beri nie występują poza ramy przypuszczeń. W ostatnich czasach zaczęto uważać beri-beri za awitaminozę. Jako przyczynek do etjologji beri beri przytacza M. spostrzeżenia, jakie poczynił podczas wojny w oddziale złożonym z 2.000 Anamitów. Pożywienie ich składało się z mięsa względnie świeżych ryb, sałaty lub innych jarzyn, sera i owoców; zamiast chleba dostawali zaś ryż pozbawiony łusek. W następstwie epidemji grypy zaczęły pojawiać się wśród nich przypadki beri-beri, które doszły liczby 432, a cechowały się obrzękami, zapaleniem nerwów, znieczuleniem lub osłabieniem czucia skórnego i rozszerzeniem serca; 13 przypadków skończyło się nagłą śmiercią. Epidemja ta trwała 7 miesięcy, a ustała z usunięciem ryżu z pożywienia. Na podstawie faktu, że tylko część żołnierzy zapadła na beri-beri, wyciąga M. wniosek, że nie może tu chodzić o awitaminozę, tylko o jakieś zakażenie. Możliwem jest mianowicie, że beri-beri jest wywołane przez wchłonięcie do krwi jadu, wytworzonego w jelicie przez jakiś drobnoustrój, żyjący na resztkach niestrawionego ryżu; może się to dziać tylko przy upośledzeniu wydzielania zaczynów trawiących skrobię. Okoliczność ta tłumaczyłaby, dlaczego w powyższym przypadku beri-beri wystąpiło tylko u części żołnierzy. Dr T. Tempka.

Clair. **Doświadczalne beri-beri. Etjologja beri-beri.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Spostrzeżenia C. odnoszą się do przypadków tej choroby na Madagaskarze; tubylcy zapadają na nią daleko łatwiej, niż Europejczycy, ci zaś dopiero po dłuższym pobycie na Madagaskarze. U dzieci nie napotyka się tego cierpienia. Beri-beri pojawia się przez cały rok, najobficiej jednak w porze deszczowej. Co do etjologji należy zaznaczyć, że beri-beri nie ma nic wspólnego z zimnicą, która, wywołując charłactwo, usposabia tylko do nabycia beri-beri. Tak samo ma się sprawa i z obecnością tęgoryjca dwunastnicy i innych pasorzytów jelitowych w stolcach tych chorych; znajdują się one bowiem w strefie gorącej u większości ludzi i stwarzają przez to podłoże dla innych chorób. Na uwagę zasługuje twierdzenie, że beri-beri jest wywołane przez jakość pożywienia; zauważono bowiem, że większość chorych na beri-beri żywiła się głównie ryżem, i to często spleśniałym; ryż zaś, zanim się stanie jadalnym, zostaje naprzód pozbawiony łusek, a wskutek dalszych zabiegów traci sole fosforowe, magnowe i połączenia azotowe, zatrzymując jedynie skrobię, która sama przez się nie jest zdolna utrzymać życia. Rolę ryżu w tym względzie, jako wyłącznego pożywienia, ujawniają doświadczenia C., przeprowadzone na gołębiach; ptaki te już w 10. dniu takiego żywienia traciły upierzenie, słabły i ginęły wreszcie z wyczerpania. Obraz kliniczny beri-beri u ludzi tłumaczyłby się w następujący sposób: ryż fermentuje i ulega gniciu w jelicie grubem; wskutek jednostajnego a nieodpowiedniego pożywienia zmniejsza się wydzielanie zaczynów trawiennych, wywołując zaparcie stolca, wskutek czego bakterje jelitowe silnie się mnożą, a ich jady dostają się do krwi. Wywołuje to skurcz drobnych naczyń, pociągając za sobą niedokrwienie układu nerwowego ośrodkowego, a w następstwie tego toksyczne zapalenie nerwów. W dalszym ciągu następuje poraźne rozszerzenie naczyń, które jest przyczyną przesięków do jam surowiczych i w tkankę podskórną. Przypuszczano, że także pleśnie, które łatwo pasorzytują na obłuszczonym ryżu, mogą wywołać takie powolne zatrucie ustroju. Jakkolwiek żaden z zarazków odkrytych w tej chorobie nie okazał się właściwą jej przyczyną, to przecież nie należy wątpić o jej przyrodzie zakaźnej. Do powstania zakażenia trzeba, aby dany osobnik stykał się dłuższy czas z osobą chorą; jeżeli choroba ta nawiedzi jakąś rodzinę, to prawie zawsze nie kończy się na jednej ofiarze, przyczem choroba także i osób silnych nie zawsze oszczędza. Nawroty są częste w ciągu pierwszych lat choroby. Co się tyczy leczenia, to pierwszym warunkiem jest usunięcie chorych ze środowiska, gdzie nabyli beri beri; drugim warunkiem jest zmiana pożywienia, składającego się z ryżu, mięsa, ryb solonych i konserw, na djetę, obfitującą w tłuszcze i cukier. Równocześnie trzeba zwalczać ewentualne zakażenie zimnicze, podtrzymywać czynność serca naparstnicą i zmienić florę jelitową, podtrzymując fermentację mleczną. Dr T. Tempka.

Brau i Marque: **Zakażenie zimnicze półksiężycami (plasmodium falciparum), a nowarsenobenzol.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). Chinina nawet w postaci wstrzykiwań jest mało skuteczna przeciw »półksiężycom« pl. falciparum; także i słabsze połączenia arszenikowe, n. p. arrhenol, nie działają skutecznie na te odporne postacie. Natomiast wstrzykiwania śródżylne nowarsenobenzolu i neosalwarsanu bywają nader skuteczne w przypadkach, gdzie półksiężyce są bardzo obfite. Dr T. Tempka.

Suldey: **Prosty sposób przyrządzania połączenia błę-**

kitu Borrela i eozyny dla barwień hematologicznych. (Bull. de la Soc. de path. exoth. 1920, 3). 100 cm³ świeżego nasyconego błękitu Borrela miesza się z 50 cm³ świeżego, wodnego 1% rozczynu eozyny (w razie braku błękitu B. można użyć nasyconego rozczynu błękitu Mansona, jednakże z równą ilością eozyny, względnie nasyconego rozczynu »bleu carbonaté« Stephensa w takim samym stosunku, jak i błękitu B). Następnie wstrząsa się mieszaninę silnie i pozostawia w cieplocie pokojowej na przeciąg 6—12 godzin, poczem sączy się przez mały sączek, zbierając dokładnie cały osad, który suszymy rozkładając sączek. Po dokładnem wysuszeniu zeskrobujemy ostrożnie osad i rozpuszczamy go w 150 cm³ alkoholu 95, 96 lub 90%. Rozczyn pozostawia się niezamknięty przez 48 godzin, przyczem często go się wstrząsa, następnie zlewa się go do flaszki z ciemnego szkła ze szczelnym korkiem. Jeżeli mamy zamiar użyć suchy osad znacznie później, należy go przechować w dokładnie suchem naczyniu. Jest wskazanem zwiększać od czasu do czasu zasadowość barwika przez dodanie 1—2 cm³ błękitu B lub nieco węglanu sodu »in substantia«. Sposób barwienia: Na preparacie krwi nie ustalonym (i nie zbyt starym) rozprowadza się dokładnie 3—5 kropli barwika, pozostawiając go 1—2 minut. Następnie nalewamy na preparat 30—50 kropli wody destylowanej i przez poruszanie szkiełka staramy się jednostajnie rozpuścić barwik (albo też robimy rozczyn barwika w stosunku 1:20 części wody przekroplonej i dokładnie pokrywamy nim szkiełko). Barwiak zostawiamy na preparacie przez 10—15 minut, następnie zmywamy go wodą przekroploną i suszymy preparat. Gdyby preparat nabrał odcienia niebieskawego, wystarcza, aby uzyskać barwę różową, poddać go działaniu 1% rozczynu tanniny przez parę sekund. Dr T. Tempka.

Motais: **Nowe połączenie eozyny z metylenem.** (Bull. de la Soc. de path. exot. 1920, 3). W małej kolbie rozpuszcza się 1 grm błękitu metylowego i 0·4 eozyny w 40·3 cm³ alkoholu metylowego, poczem dodaje się 80·3 cm³ alkoholu absolutnego i kroplami 3·3 cm³ gliceryny; wreszcie dolewa się płynu Fontany, to jest 3·3 cm³ amoniakalnego rozczynu azotanu srebrowego. (Płyn Fontany przyrządza się w następujący sposób: 1 grm azotanu srebra rozpuszcza się na zimno w 2 cm³ wody przekroplonej; do pewnej części tego rozczynu dodaje się stopniowo amoniaku, mieszając ciągle pręcikiem szklanym: powstaje strąt brunatny, ciemniejący powoli, który następnie szybko się wyjaśnia; z chwilą, kiedy poczyna się wyjaśnianie, dodajemy amoniak bardzo ostrożnie aż do wystąpienia lekkiej opalescencji. Jeżeli natomiast rozczyn staje się przejrzysty, należy dodać pierwotnego rozczynu azotanu srebrowego, aż się uzyska lekką opalescencję). Następnie mieszaninę tę gotujemy 3—4 minuty, dokładnie mieszając, a po oziębieniu przesączamy. Barwik tak uzyskany może być natychmiast użyty. Na nieustalony preparat krwi działamy 15 kroplami barwika najwyżej przez 1 minutę; następnie kładziemy szkiełko preparatem w dół do szalki z 15 cm³ wody przekroplonej i poruszamy nią, aby otrzymać jednostajny rozczyn barwika. Po 5—15 minut zmywamy preparat wodą i osuszamy. Ciałka krwi i pasorzyty zimnicze występują bardzo wyraźnie. Dr T. Tempka.

Mandel: **Heksal-neoheksal.** (Klin. therap. Woch. 1920. 15—16). Autor porównywa na 76 własnych przypadkach działanie tych obu przetworów z działaniem innych środków (cystopuryna, borowertyna, allotropina i t. d.). Okazało się, że te dwa leki, podawane po 2—3 tabliczek trzy razy dziennie po jedzeniu, przewyższają w działaniu wszystkie inne przetwory. Przy alkalicznym moczu wydają heksal i neoheksal przeciwgnilny formaldehyd i zakwaszają mocz. Również dobrze działają przepłukiwania pęcherza 25% rozczynem heksalu i neoheksalu. Poprawiają one nietylko stan pęcherza, ale też usuwają bole pęcherza już w pół godziny po zastosowaniu. J.

Guiart: **Motylica wątrobowa u człowieka.** (Bull. de l'Acad. de med. 1920, 28). Autor opisuje przypadek, dotyczący żołnierza, który podczas pobytu w szpitalu wojskowym podawał, że cierpi na motylicę wątrobową, a po kilkakrotnem ujemnem badaniu stolca był uważany za symulanta. Badanie autora, pierwotnie ujemne, po podaniu kalomelu stwierdziło w wypróżnieniu jaja motylicy wątrobowej. Chory ten był dobrze odżywiony, o bladych błonach śluzowych, skarżył się na ból w okolicy wątroby i niemoc ogólną ze skłonnością do pozostawania w łóżku. Wieczorne wzniesienia ciepłoty dochodziły do 37°—38°. Wątroba nieznacznie powiekszona. Ilość krwinek czerwonych zmniejszona do 3,800.000, białych 8.100, a eozynofilja 10·5% wykluczała wszelką symulację. Autor podnosi ważność podawania kalomelu dla znalezienia jajek w stolcach, gdyż mogą one tkwić i pozostawać w drogach żółciowych. Dr Blassberg (Kraków).

Kirch: **Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny.** (Wien. kl. Woch. 1920, 35). Wstrzykiwanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych jest sposobem pożytecznym, aczkolwiek nie idealnym. Choćby najmniejszy dodatni odczyn gorączkowy, wywołany przez użycie minimalnej dawki tuberkuliny, znacznie mniejszej od zwykłej dawki rozpoznawczej, należy uważać za oznakę czynnej sprawy chorobowej, a niekiedy nawet za jedyną jej oznakę. Dodatni odczyn na minimalne dawki tuberkuliny występuje tylko w pewnych postaciach gruźlicy »nadwrażliwej« wobec tuberkuliny. W tej postaci może tuberkulina wyjaśnić przypadki przebiegające ze stanem podgorączkowym. W każdym razie wrażliwość na minimalne dawki tuberkuliny wskazuje na konieczność leczenia. Dr Blassberg (Kraków).

T. Mironesco: **Zapalenie gardła a płonica.** (Presse méd. 1921, 18). W rozpoznawaniu różniczkowem zachodzą wielkie trudności w odróżnianiu poronnych postaci płonicy od rumieni podobnych do płonicy. Spostrzeżenia autora dowodzą, że bardzo cennym w takich przypadkach jest objaw, opisany przez Schultza i Charltona. Polega on na tem, że wysypka u chorych na płonicę znika na pewnej przestrzeni dookoła punktu, w którym wstrzyknie się śródskórnie 1 cm inaktywowanej surowicy chorego na jakąkolwiek inną chorobę niepłoniczą lub surowicy z ozdrowieńca po płonicy. Natomiast surowica chorych na płonicę nie wywołuje zniknięcia wysypki płoniczej na obwodzie punktu wstrzyknięcia. Inne wysypki zakaźne, jak n. p. odrowa, nie zachowują się tak samo jak płonicza. Próba ta umożliwia też wykrywanie przypadków płonicy, przejawiających się samem zapaleniem gardła, bez wysypki, przez wstrzykiwanie śródskórne surowicy tych chorych, chorym dotkniętym płonicą i śledzenie odczynu. Autor używał do tych badań krwi chorego, dotkniętego porażeniem połowiczem. Dr Blassberg (Kraków).

Jarno i Heks: **O chemizmie żołądka na czczo.** (Wien. kl. Woch. 1920, 27). Prawidłowy przewód pokarmowy nie pozostaje także na czczo w stanie spoczynku, lecz u ludzi, podobnie jak to wykazał na psach Boldyreff, zachodzi w żołądku i jelitach okresowa czynność, przedzielana przerwami. Kruczenie najprawdopodobniej odpowiada stanowi czynnemu żołądka na czczo i wówczas żołądek bywa próżny. Po ustąpieniu kruczenia może żołądek prawidłowy zawierać na czczo pewną ilość wydzieliny trawiennej z kwasem solnym. Różnica w zdaniach autorów co do tego, czy na czczo żołądek zawiera treść, czy nie, zależeć musiała od tego, czy badano żołądek w okresie czynności, czy w spoczynku. Przy sokotoku żołądkowym zawiera żołądek stale treść z kwasem solnym i wskutek tego nie może dojść do okresu czynnościowego na czczo. Dlatego do znamion sokotoku żołądkowego należy brak występowania burczenia w żołądku. Badania swe przeprowadzili autorowie w klinice budapeszteńskiej Koranyiego na 13 osobach. Dr Blassberg (Kraków).

A. Robin: **Azot białkowy w surowicy krwi chorych dotkniętych rakiem.** (Bull. de l'Acad. de méd. 1920, 28). Według badań autora w surowicy krwi chorych, dotkniętych rakiem, białko znajduje się w nadmiernej ilości. Badania te pozostają w sprzeczności z dawniejszemi badaniami Hoppe-Seylera, Askanazyego, Strauera, Stinzinga i Gumprechta, Grawitza i innych stwierdzającemi, że ilość substancyj białkowatych w przebiegu raka jest obniżona. Dr Blassberg (Kraków).

Sir James Mackenzie: **Samoistny rytm komorowy i teorja zaburzenia odruchów.** (The Lancet Nr 14, April 2, 1921). Na podstawie systematycznego i wytrwałego badania objawów chorobnych Mackenzie wytworzył sobie pogląd, że zaburzenia odruchów są najważniejszym czynnikiem w powstawaniu całego szeregu objawów[1]). Teorja ta znajduje między innemi zastosowanie do tych postaci niemiarowości, które mają swoją przyczynę nie w pierwotnem zaburzeniu czynnościowem przedsionków, ale samych komór. Na wstępie opisuje M. 4 takie przypadki, z których jeden z tętnem naprzemiennem i dusznicą bolesną zakończył się śmiercią. W przypadkach tych niemiarowość tętna występowała okresowo w postaci napadów, którym towarzyszyło zawsze uczucie duszności przy każdym wysiłku i nadto u 2 chorych uczucie silnego bólu w klatce piersiowej poza mostkiem. Skurcze dodatkowe komór, będące przyczyną niemiarowości, występowały pojedynczo lub większemi serjami. Prócz tego stwierdzano tylko lekkie rozszerzenie serca i w jednym

[1]) Teorję tę Mackenzie rozwinął szerzej w dziele p. t. »Symptoms and their interpretation«. (IV ed. London 1920 str. 331) oraz w art. »The theory of disturbed reflexes in the production of symptoms of disease«. (Brit. Med. Jour. 1921). Co do sposobu badania objawów, por. sprawozdanie w Nrze 3 »Przegl. lek.« 1921 (przyp. spraw.).

przypadku szmer skurczowy. Pod wpływem naparstnicy, z wyjątkiem jednego przypadku (p. alternans), niemiarowość, duszność i bóle znikały. Krzywe tętna żylnego i sprychowego oraz elektrokardjogramy wyjaśniają istotę sprawy i dowodzą, że źródłem cierpienia jest samoistny skurcz dodatkowy komór. Skurcz przedsionków występuje w prawidłowych odstępach, natomiast tętno tętnicy sprychowej jest bardzo zmienne co do charakteru i rytmu. Objawy kliniczne tej postaci niemiarowości, ból i duszność przy wysiłku, przyczem duszność jest zawsze najważniejszym objawem niedomogi serca, tłomaczy autor zaburzeniem odruchów: oddechowego i trzewnoczuciowego (viscero-sensory). Pierwszy z nich ulega zaburzeniu wskutek nieodpowiedniego zaopatrzenia układu oddechowego w prawidłową krew; co się tyczy drugiego, to na podstawie niektórych objawów można sądzić, że punktem wyjścia zaburzenia odruchu jest nieprawidłowy bodziec w samym mięśniu sercowym, przypuszczalnie jego znużenie.

Teorja zaburzenia odruchów rzuca zupełnie nowe światło na działanie naparstnicy i innych leków sercowych. Dawniej sądzono, że naparstnica zwalnia każde przyspieszone tętno. W r. 1916 wykazał Mackenzie, że działanie to występuje tylko u osób z tętnem niemiarowem, zwłaszcza przy t. zw. migotaniu i trzepotaniu przedsionków, jednakże przyczyny tego zjawiska nie można było wytłomaczyć. Obecnie wiemy, że w większości przypadków przyspieszone tętno jest następstwem szkodliwego wpływu czynników chorobotwórczych na odruchy serca. Tak n. p. w zapaleniu płuc, grypie, odrze, przyspieszona czynność serca jest w związku z zatruciem pewnych części łuku odruchowego toksynami i wskutek tego naparstnica pozostaje bez wpływu. Tymczasem przy migotaniu przedsionków i samoistnym rytmie komorowym naparstnica zwalnia tętno, ponieważ łuk odruchowy nie jest uszkodzony, a przyspieszenie czynności serca ma zgoła odrębną przyczynę. Po krótkich uwagach, dotyczących sposobu działania naparstnicy w obu tych postaciach niemiarowości, omawia M. w końcu rokowanie. Zasadniczo żaden objaw fizyczny, stwierdzany badaniem, nie może służyć sam przez się za miarę sprawności czynnościowej serca i za podstawę dla rokowania. Najważniejsze wskazówki w tym względzie dają zawsze objawy podmiotowe: uczucie duszności i bólu, występujące przy najmniejszym wysiłku. Samoistny rytm komorowy sam przez się może nie być objawem groźnym. Jednakże w połączeniu z innem schorzeniem serca (n. p. z tętnem naprzemiennem) utrudnia mu pracę i stan chorego pogarsza. K. Rozenfeld.

D. S. Brachman: **O migotaniu przedsionków na podstawie 400 spostrzeżeń**. (The Lancet 8 Febr. 19, 1921). Drżenie włókienkowe czyli migotanie przedsionków należy do najczęściej spotykanych w klinice postaci niemiarowości. W »National-Hospital« dla chorych sercowych autor spostrzegał je u 25% ogólnej liczby chorych. Najmłodszy chory miał lat 16, najstarszy 76. Mężczyzn 220, kobiet 180. Najczęstszą chorobą poprzedzającą był gościec stawowy — 39%. W 19% przypadków nie stwierdzono ściśle określonej choroby. W 10 przypadkach była choroba Gravesa. Choroby serca, będące źródłem tej niemiarowości, idą w następującym porządku: zwężenie zastawki dwudzielnej 37%, pierwotne zapalenie mięśnia sercowego 37%, niedomykalność zastawki dwudzielnej 18%, zmiany z. dwudzielnej i z. tętnicy głównej 6·7%, zmiany z. tętnicy głównej 1·4%. Istota migotania polega na tem, że zamiast »skoordynowanego« skurczu mięśni przedsionka występują niewspółrzędne skurcze poszczególnych włókien mięśniowych. Pojedyncze bodźce, przechodzac wzdłuż układu przenośnego na komory serca, wywołują skurcze w najwyższym stopniu nierównomierne i nieprawidłowe. Ponieważ słabszym skurczom lewej komory nie towarzyszy napełnienie tętnic obwodowych, spostrzegamy tutaj znaczną różnicę między liczbą uderzeń serca i fal tętna na t. sprychowej. Objaw ten łącznie z bezładem rytmu oraz poprzecznem rozszerzeniem serca należy do najstalszych i najważniejszych objawów migotania przedsionków, łatwo dających się stwierdzić bez użycia poligrafu i elektrokardjografu. Bezład rytmu bywa jeszcze spostrzegany przy skurczach dodatkowych przedsionkowych i zatokowoprzedsionkowym bloku sercowym. Ścisłe wyodrębnienie tych spraw wymaga koniecznie pomocy przyrządów.

Badania pośmiertne dowodzą, że migotanie przedsionków powstaje prawie zawsze na tle zmian organicznych, głównie zwyrodnienia włóknistego ich mięśni. Jeżeli mięsień komór jest również zmieniony, rokowanie staje się poważne, albowiem zwiększenie liczby skurczów serca zmniejsza jego sprawność i wyczerpuje je ostatecznie. Im większa jest różnica między liczbą uderzeń serca i fal tętna, zwłaszcza pod wpływem wysiłku lub wzruszenia, tem rokowanie jest gorsze. Migotanie przedsionków może wystąpić przejściowo w postaci napadu częstoskurczu (tachycardia paroxysmalis) i trwać kilka minut lub dni, poczem czynność serca wraca do stanu prawidłowego. Najczęściej jednak stan ten przybiera charakter stałej niemiarowości tętna i trwa do końca życia chorego. Główne zadanie leczenia polega na zmniejszeniu liczby skurczów serca do 65—80 na minutę. Najlepszym środkiem jest naparstnica, którą początkowo stosuje się w dawkach dużych aż do osiągnięcia mniej więcej 50 skurczów. Następnie po czasowej przerwie stosuje się naparstnicę w dawkach małych, stopniowo zwiększanych. Dawkę ostateczną, zależną od okoliczności, można podawać nieskończenie długo. Pomyślny wpływ naparstnicy tłomaczy się częściowem porażeniem pęczka Hisa, wskutek czego mniejsza ilość bodźców przechodzi do komór. Bardzo ważnym czynnikiem leczniczym jest fizyczny i duchowy spokój. K. Rozenfeld.

Lewis: **O istocie trzepotania i migotania przedsionków** (Dwa wykłady w Królewskiem Kolegjum lekarskiem). (The Lancet 1921, 16. i 17. April 16. i 23.). Trzepotanie (flutter) przedsionków w dzisiejszem znaczeniu tego wyrazu było opisane dokładnie po raz pierwszy przez Hertza i Goodharta z 1909 r. Przy tem zaburzeniu liczba skurczów przedsionka dochodzi do 240—350 na minutę, przyczem skurcze są prawidłowe i równomierne. Trzepotanie może występować okresowo w postaci krótkich napadów albo też trwać nieprzerwanie w ciągu miesięcy i lat. Pod wpływem większych dawek naparstnicy trzepotanie przeistacza się często w pokrewną postać niemiarowości, zwaną migotaniem (fibrillation). W tej drugiej postaci czynność przedsionka jest o 50% szybsza i liczba skurczów może przewyższać 450 na minutę. Skurcze są bardzo nierównomierne i ciągła zmiana wahań na krzywej elektrograficznej jest tutaj prawidłem. Dopóki badania nad trzepotaniem przedsionków nie wybiegały poza ramy spostrzeżeń klinicznych, wytłomaczenie istoty tego zaburzenia sprawiało olbrzymie trudności. Dopiero prace doświadczalne z ostatnich lat kilku, przyczem powiodło się pod wpływem prądów indukcyjnych wywołać u psów sztuczne trzepotanie przedsionka i otrzymać odpowiednie zdjęcia elektrokardjograficzne, pozwoliły wniknąć głębiej w istotę zachodzących tu zjawisk. W obu wykładach przedstawia autor sumarycznie wyniki własnych na tem polu doświadczeń.

Na wstępie opisuje L. niektóre właściwości pobudzenia i skurczu mięśni przedsionka u psów w warunkach prawidłowych. Fala pobudzenia i skurczu, rozpoczynając się w punkcie podrażnionym, szerzy się kolisto wzdłuż całej powierzchni mięśnia przedsionka aż do jego granic. Po przejściu tej fali mięsień pozostaje przez pewien czas w stanie odrętwienia czyli odporności (refractory state) i przed zupełnem odzyskaniem równowagi pod wpływem nowych bodźców nie może być wprawiony w stan skurczu. W warunkach prawidłowych okres odrętwienia u psa trwa od $^1/_5$ do $^1/_{10}$ sek., a więc prawie tyle, ile poprzedzający skurcz mięśnia. Znane doświadczenie na krążku mięśniowym (ring experiment — Mayer, Mines i Garrey) dowodzi, że podrażnienie pewnego punktu w dolnym kwadrancie (odcinku) krążka wywołuje dwie fale pobudzenia i skurczu, posuwające się z wielką szybkością ku górze w dwóch rozbieżnych kierunkach i spotykające się w najwyższym przeciwległym punkcie górnego odcinka. Wskutek spotkania się tych fal następuje koniec pobudzenia i skurczu, które wywołał pojedynczy bodziec. Po krótkim okresie odrętwienia krążek mięśniowy wraca do równowagi w tym samym porządku, w jakim przebiegał pierwotny skurcz mięśnia. W pewnej chwili przy trwającym jeszcze skurczu górnego odcinka, dolny odcinek po chwilowym wypoczynku może być pobudzony ponownie. Zjawiska te powtarzają się w krążku mięśniowym systematycznie przy stosowaniu powolnych bodźców rytmicznych o przerwach, pozwalających na wypoczynek i odnowę mięśnia. Jeżeli jednak ilość bodźców na minutę się zwiększa i przerwy między niemi są małe, wówczas poszczególne bodźce z powodu odrętwienia mięśnia pozostają bez żadnej odpowiedzi albo wywołują pobudzenie, które nie może szerzyć się ze zwykłą swobodą w rozmaitych kierunkach. Od czasu do czasu udaje się stwierdzić, że zamiast dwóch fal rozbieżnych, które ostatecznie spotykają się na przeciwnym biegunie i wzajemnie znoszą, powstaje tylko jedna fala. Jeżeli w takiej chwili przerwiemy raptownie podrażnienie krążka mięśniowego, fala ta posuwa się dalej po jego obwodzie i wraca do punktu, podrażnionego pierwotnie. Nie znajdując na swej drodze przeszkody, fala ta odbywa ponownie swą okrężną wędrówkę i tak dalej w ciągu minut, a nawet godzin[1]). Otóż ta

---

[1]) W jednem spostrzeżeniu klinicznem trzepotanie trwało bez przerwy lat 7. Przypuszczać można, że była to jedna i ta sama stale wirująca fala.

pojedyncza fala, krążąca wokoło, stanowi podstawę trzepotania eksperymentalnego u psów i klinicznego u ludzi.

Przy trzepotaniu przedsionka u psa pojedyncza fala pobudzenia i skurczu krąży stale dokoła wpustu żyły głównej górnej i częściowo w mięśniu, leżącym między tym otworem i ujściem żyły głównej dolnej. Może ona również okrążać oba ujścia żył głównych i czasami zapewne otwór przedsionkowokomorowy. U człowieka szybkość trzepotania wynosi 240—350 skurczów na minutę, u psa 345 do 580. Jeżeli przyjmiemy, że szybkość prądu fali jest jednakowa w przedsionku człowieka i psa, różnica częstości skurczów tłomaczyć się musi różną wielkością narządu. Przy trzepotaniu 240 na minutę, czas trwania pojedynczego skurczu (cyklu) okrężnego wynosi 0·25 sekundy, przy 350 skurczach = 0·17 sekundy. Ponieważ przypuszczalnie szybkość fali skurczowej przy trzepotaniu dochodzi do 500 mm na sekundę, obwód koła, przebytego przez falę okrężną, będzie wynosić w przypadku pierwszym 125 mm, w drugim 85 mm. Średnice tych kół będą miały 4 i 2·7 cm, co przewyższa niewiele średnice głównych otworów przedsionka. Oczywiście obliczenie to służy poniekąd za dowód, że i u człowieka przy trzepotaniu przedsionka mięsień dokoła wpustu żył głównych stanowi główną drogę, po której biegnie macierzysta fala skurczowa.

Przy migotaniu częstość skurczów przedsionka u człowieka dochodzi do 450 na minutę. Prawdopodobnie w przedsionku skłonnym do migotania okres odrętwienia mięśnia jest nieco krótszy. Czas trwania obiegu fali = 0·13 sekundy, obwód drogi okrężnej 66 mm, średnica nieco więcej od 2 cm. Widzimy zatem, że przy migotaniu droga fali okrężnej jest krótsza i obejmuje ściślej, niż przy trzepotaniu, główne otwory przedsionka. Sama fala jest w wysokim stopniu nieprawidłowa, wije się szlakiem zazębionym i powyginanym.

Zadaniem przyszłych badań powinno być wynalezienie środka, któryby zdołał przedłużyć okres odrętwienia mięśnia i zamknąć przerwę między grzebieniem fali skurczowej nadchodzącej i śladem ustępującej. Zamknięcie tej szczeliny, będącej zasadniczym warunkiem wirującego ruchu fali skurczowej, stanowiłoby o wyleczeniu migotania i trzepotania przedsionków [1]).

K. Rozenfeld.

Mc Nair Wilson: **Znaczenie przyspieszonej czynności serca.** (The Lancet 1920, 3). Podczas ostatniej epidemji grypy spostrzegano w pewnej liczbie przypadków w okresie zdrowienia przyspieszenie tętna do 90—110, rzadziej 120 i więcej. Pod wpływem wysiłku tętno dochodziło nawet do 160. Podskórne wstrzyknięcie atropiny — $^1/_{33}$ grm — wywoływało przyspieszenie o 20—25 uderzeń na minutę. Wobec tego mogłoby się zdawać, że nerw błędny jest w zupełnym porządku. Tymczasem cały szereg doświadczeń, polegających na stosowaniu głębokiego wdechu i zatrzymywaniu powietrza, oraz na wstrzykiwaniu śródżylnem bardzo małych dawek atropiny — $^1/_{200}$ grm, przekonał autora, że przyspieszona czynność serca jest następstwem nadmiernie wzmożonej pobudliwości nerwu błędnego. Omawiając bliżej jego działanie, zaznacza autor, że nerw ten nie tylko hamuje czynność serca w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, ale raczej zwiększa jego pracę. Pobudzenie bowiem nerwu błędnego przedłuża okres rozkurczu (»nerve of diastole«), przyczynia się do lepszego napełnienia komór i pośrednio zmusza serce do większego wysiłku podczas skurczu. Jeżeli dla jakichkolwiek powodów serce nie może uporać się z nadmiarem krwi w pojedynczym skurczu, wówczas na to pobudzenie odpowiada przyspieszeniem swojej czynności. Zjawisko to ma wówczas charakter wyrównawczy i jest niezbędne dla utrzymania prawidłowego krążenia. Innemi słowy, nadmierne pobudzenie nerwu błędnego może mieć te same następstwa, co i zupełne zahamowanie jego czynności wskutek atropiny. Ponieważ przyspieszenie czynności serca spostrzegano oprócz grypy także w następstwie innych chorób zakaźnych, n. p. czerwonki, zimnicy, gorączki okopowej, przeto autor sądzi, że to swoiste podrażnienie nerwu błędnego następuje pod wpływem toksyn. Rzecz charakterystyczna, że w niektórych przypadkach przyspieszenie czynności serca, jako objaw wyrównawczy, wpływa dodatnio na samopoczucie chorego.

K. R.

Chirurgja.

D. W. Buxton: **Psychologja uśpienia**. (The Lancet, 1921, 1). Podług ogólnego mniemania człowiek w stanie bezczułości i głębokiego uśpienia (narcosis) przypomina żabę ze zniszczonym mózgiem. Świadomość ginie, pozostają tylko funkcje zwierzęce, niezbędne do utrzymania życia, ale i one usuwają się z pod wszelkiego wpływu i kontroli wyższych ośrodków mózgowych. Pogląd ten podług autora nie jest ścisły i ze względów teoretycznych i praktycznych wymaga koniecznie sprostowania. Niektóre fakty, spostrzegane w czasie uśpienia, oraz analogja z urazami mózgu i rdzenia nasuwają przypuszczenie, że bezczułość następuje wcześniej od zupełnej utraty świadomości. Zależnie od rodzaju środka usypiającego (chloroform, eter, tlenek azotu) i głębokości uśpienia pozostaje pewien stopień podświadomości albo »czuwania ośrodków« (»awareness« — termin proponowany przez Heada). Na mocy długoletniego doświadczenia stwierdza autor, że pewna kategorja osób, szczególnie żołnierze, trudno poddaje się wpływowi środków odurzających. W okresie zasypiania i podczas operacji występują u nich dziwne i gwałtowne objawy niepokoju i wyładowania energji, którym mogą towarzyszyć niebezpieczne dla życia zaburzenia oddychania i krążenia. Tesame objawy spostrzegał autor u neurasteników, u osób ze skłonnościami neuropatycznemi, u dzieci i alkoholików. Właściwości temperamentu u osób z niezrównoważonym układem nerwowym przejawiają się w głębokiem uśpieniu nawet przy zupełnym braku świadomości. Zjawiska te wyjaśnia najlepiej teorja psychoanalizy, jako pewnego rodzaju samoobronę albo wskrzeszenie instynktów filogenetycznych oraz skłonności, tłumionych i hamowanych podczas stanu czuwania. Ciężka choroba, uraz, uśpienie — z powodu braku kontroli — wyzwala stany podświadome z krępujących je więzów i daje swobodne ujście nagromadzonej energji. Za ważny przyczynek do poznania stanu duchowego uśpionych uważa autor ich marzenia senne. Treść snów, ich zabarwienie uczuciowe (sny przyjemne, przykre, straszne, erotyczne) zależą nietylko od tła neuropatycznego, ale i od rodzaju środka usypiającego. Czasami pozostawiają sny głęboki ślad w sferze podświadomej i powracają w tej samej postaci przy ponownych próbach uspienia lub w okolicznościach zbliżonych. Ponieważ u osób usposobionych do chorób nerwowych, w okresach burzliwego podniecenia ruchowego w czasie uśpienia mogą występować ciężkie powikłania oddechowe i cyrkulacyjne, sprawa nabiera ważnego znaczenia ze stanowiska profilaktyki. Przed uśpieniem trzeba zwrócić uwagę nietylko na serce chorego, ale również na stan umysłu i nerwów. Konieczne jest odpowiednie przygotowanie chorego, uspokojenie, rozproszenie obaw. Ważnym czynnikiem jest zapewnienie choremu snu w nocy, poprzedzającej operację. Na godzinę przed rozpoczęciem uśpienia powinna być wstrzyknięta morfina (0·01), najlepiej w połączeniu ze skopolaminą lub atropiną. Wstrzyknięcie samej morfiny bezpośrednio przed operacją najczęściej mija się z celem. Przy usypianiu chorego powinien być wyłączony pośpiech. Rozpoczęcie operacji przed osiągnięciem zupełnej bezczułości naraża na szwank cały przebieg uśpienia: występują wymioty i inne zaburzenia ze strony nerwu błędnego. Objawy te, trudne do opanowania i będące w związku z oddziaływaniem sfery podświadomej, czasami odbijają się ujemnie na późniejszym stanie umysłowym chorego.

K. R.

Prof. A. A. Friedländer: **Hypno-narcosis**. (Deutsche Revue 1921, III, podług lead. art. w The Lancet 1921, 16). Na wstępie przypomina autor, że jeszcze przed odkryciem środków usypiających James Esdaile (1845) pierwszy wykonywał w Indjach operacje bezbolesne w t. zw. stanie mesmerycznym (mesmerismus). Prawie w tym samym czasie James Braid (1795—1860), chirurg z Manchester, któremu nauka zawdzięcza wyraz — hipnotyzm, stosował uśpienie hipnotyczne przy wykonywaniu drobnych zabiegów chirurgicznych. Wskutek niemal równoczesnego odkrycia tlenku azotu (1844), eteru (1846) i chloroformu (1847) spostrzeżenia Esdailea i Braida poszły w zapomnienie. Na podstawie osobistego doświadczenia (od 1905 r.) doszedł prof. F. do wniosku, że połączenie snu hipnotycznego z uśpieniem eterowem lub chloroformowem oddaje wielkie usługi w praktyce. Lekka hipnoza w okresie przygotowawczym rozprasza obawy i uspokaja chorych. Bezpośrednio przed operacją rozpoczyna się właściwa hipnoza, poczem stosuje się powoli środek usypiający. Po skończonej operacji, — chorego, który budzi się raczej ze snu, niż z uśpienia, hipnotyzuje się ponownie. Przy takiem postępowaniu, jak twierdzi F., ilość środka usypiającego wynosi zaledwie $^1/_3$—$^2/_5$ dawki, stosowanej zwykle, wpływ toksyczny jest znacznie mniejszy i powikłania bardzo rzadkie. Sposobem tym można posługiwać się również w praktyce położniczej. Leczenie hipnotyczne pooperacyjne, polegające na wywoływaniu snu długiego w ciągu godzin, a nawet dni całych, ułatwia wykonywanie różnych zabiegów, forsowne odżywianie i, co najważniejsze, za-

---

[1]) Liczne diagramy i elektrokardjogramy, podane w tej pracy, ułatwiają zrozumienie poglądów autora. Niektóre szczegóły, jak n. p. rozdział o wpływie przyspieszonej czynności serca na okres odrętwienia mięśnia, nie nadają się do krótkiego streszczenia. (Przyp. spraw.).

pewnia choremu fizyczny i duchowy spokój. Oczywiście przy każdym oddziale chirurgicznym powinien być lekarz, obznajmiony z zasadami psychoterapji. K. R.

D'Arcy Power. **Etjologja raka języka.** (Wykład kliniczny). (Podług ref. w The Lancet, 1919, 2). Rak języka jest właściwie chorobą czasów nowożytnych, nieznaną bliżej lekarzom rzymskim, greckim i arabskim. Pierwsza dokładniejsza wzmianka o tej chorobie pochodzi z XVII wieku (1634). Od tego czasu ilość spostrzeżeń stale wzrasta i obecnie rozpowszechnienie się raka języka i śmiertelność chorych zwraca uwagę lekarzy (Stevenson). Chcąc wytłomaczyć przyczynę tego zjawiska, autor rozważa wpływ różnych czynników, które mogły oddziaływać silniej w czasach nowożytnych i przedewszystkiem zatrzymuje się na próchnieniu zębów. Jednakże porównawcze badania czaszek romańskich z okresu przedhistorycznego i czaszek angielskich z ostatnich lat 200 dowodzą, że pod względem ilości zębów spróchniałych niema między niemi zasadniczej różnicy. Po wyłączeniu tego czynnika, omawia autor szczegółowo wpływ kiły i przytacza dane, dotyczące 169 przypadków raka języka, spostrzeganych od r. 1909 do 1916 w szpitalu św. Bartłomieja w Londynie (160 mężczyzn i 9 kobiet). Większość tych chorych przechodziła w swoim czasie kiłę (93 m. i 4 kob.). Autor dochodzi do wniosku, że kiła, zwłaszcza przy niedość energicznem leczeniu rtęciowem, jest niewątpliwie czynnikiem, usposabiającym do rozwoju raka języka. Prócz tego musi tu wchodzić w grę czynnik, który u mężczyzn oddziaływa silniej, niż u kobiet (stosunek częstości = 1:18). Czynnikiem tym jest zapewne palenie tytoniu, które wprowadzone zostało w końcu XVI wieku i stopniowo stało się prawie powszechnym zwyczajem u mężczyzn. Gryzący wpływ dymu (nikotyna) łączy się tutaj ze szkodliwem dla tkanki języka działaniem podwyższonej ciepłoty. Bezpośredniej przyczyny choroby dotychczas nie znamy, występuje ona bowiem, aczkolwiek rzadko, u niektórych zwierząt domowych (koty, konie, psy). W celu zapobiegawczym poleca autor: energiczne leczenie kiły w okresach początkowych; chorzy tacy powinni unikać palenia tytoniu, picia trunków i dbać o całość swych zębów. Odczyt D'Arcy Powera wywołał dyskusję na łamach Lanceta. W szeregu korespondencji (Curtis, Petty, Ackerley, Davies) wypowiedziano zdanie, że do czynników, sprzyjających powstawaniu raka języka, można również zaliczyć picie zbyt gorącej herbaty. K. Rozenfeld.

H. C. Ross: **Niepojawianie się raka w krajach polarnych.** (The Lancet. 1919, vol. I. March 29). Stefansson, uczestnik wyprawy do krajów polarnych, podaje, że Eskimosi nigdy nie chorują na raka. Tosamo stwierdzili już dawniej lekarze, pracujący w ciągu całych lat na dalekiej północy (nad rzeką Yukon). Panum w połowie zeszłego wieku wypowiedział pogląd, że w południowej Grenlandji rak nie zdarza się wcale albo wyjątkowo rzadko. Zastanawiając się nad możliwemi przyczynami tej odporności na raka, rozważa autor wpływ czynników rasowych, djetetycznych i klimatycznych i dochodzi do wniosku, że tylko czynniki klimatyczne mogłyby być brane w rachubę. Z powodu wielkich mrozów niema drobnoustrojów saprofitycznych i nic na otwartem powietrzu nie gnije. Niema tam również chorób, które w klimacie naszym przypisujemy wpływowi przeziębienia. K. R.

E. I. Spriggs **Wyrostek robaczkowy w świetle badań radjograficznych.** (The Lancet, 1919, vol. I, 3). Autor opisuje szczegółowo metodykę badania oraz wyniki, otrzymane przy prześwietleniu 300 wyrostków robaczkowych. W olbrzymiej większości przypadków otrzymywał autor obrazy wyraziste i dokładne po uprzedniem przeczyszczeniu jelit ol. rącznikowym i wprowadzeniu do żołądka papki kontrastowej, składającej się z siarczanu barowego i maślanki. Cień wyrostka był najlepiej widoczny po 12—14 godzinach. Wyrostek prawidłowy wypełnia się i opróżnia prawie jednocześnie z kątnicą. Ruchy wyrostka są żywsze u ludzi młodych, niż u starych; u młodych wypełnia się on i opróżnia wielokrotnie, chociaż kątnica pozostaje wciąż pełną. Odsetek przypadków, w których siarczan barowy nie przedostaje się wcale do wyrostka, jest bardzo mały. Radiografia nie nadaje się do badania ostrych zapaleń wyrostka, natomiast w zapaleniach przewlekłych, przy istnieniu dłużej trwających i nieokreślonych bólów w jamie brzusznej, oddaje ona w rozpoznaniu rzetelne usługi. Trzeba zwracać uwagę na sposób i czas wypełniania się i opróżniania wyrostka, na jego kształt, położenie, ruchomość, obecność ciał obcych i złogów. Stałe skurczenia lub kurcz (spasmus) świadczą zawsze o sprawie zapalnej czynnej. Jeżeli położenie wyrostka jest zawsze to samo, a zabiegi ręczne nie wywołują w położeniu tem zmiany, możemy być pewni, że przyczyną nieruchomości są zrosty. Chcąc otrzymać wyniki pewne, należy badanie wyrostka powtórzyć kilka razy w rozmaitych odstępach czasu. W końcu opisuje autor 36 przypadków, w których wyniki badania radiograficznego potwierdziła późniejsza operacja. Doskonałe ryciny ilustrują pracę, którą redakcja »Lanceta« uważa za najlepszą na polu radiografji wyrostka w piśmiennictwie angielskiem. K. R.

Choroby skórne i weneryczne.

Schreiner: **O leczeniu ciałami proteinowemi, ze szczególnem uwzględnieniem kiły.** (Wien. klin. Woch. 1920, 34). Autor wychodzi z założenia, iż wprowadzenie ciał proteinowych do ustroju pobudza go do wytwarzania większej ilości ciał obronnych oraz przygotowuje ustrój do lepszego i łatwiejszego przyjmowania ciał leczniczych. Leczył on dwa przypadki gruźlicy skóry dożylnem wstrzykiwaniem peptonu, stosując równocześnie naświetlania lampą kwarcową. Po ośmiu tygodniach zmiany prawie wszystkie ustąpiły pomimo, iż zmiany na błonach śluzowych były już daleko posunięte. W leczeniu kiły stosowanie salwarsanu nie zabija krętków w głębi tkanek z powodu trudnych warunków dostania się tam leku. Dlatego też stosuje autor w kile pepton, który pobudza ustrój do większej samoobrony; poza tem ciała peptonowe mają tę własność w przeciwieństwie do ciał kolloidalnych, iż łatwiej przechodzą przez tkanki zwierzęce, porywając z sobą substancje lecznicze. Autor leczył w 20 przypadkach kiły samemi wstrzykiwaniami peptonu i doszedł do przekonania, że nawroty o wiele później występują, niż przy leczeniu rtęcią i salwarsanem; najlepsze jednak wyniki miał, kombinując leczenie salwarsanem i peptonem. Co do zachowania się odczynu Wassermanna przy tem leczeniu niema autor jeszcze dokładnych wyników. Dr M. Krenglówna.

Stein: **O rozpoznaniu różniczkowem między grzybem drobnozarodnikowym, a grzybkiem strzygącym skóry głowy owłosionej.** (Wien. klin. Woch. 1920, 34). Wskutek wojny grzybica drobnozarodnikowa włosów, która w Austrji prawie nie istniała, przeniesiona została do Austrji ze Szwajcarji przez dzieci, które wysyłano tam dla poratowania zdrowia. Dzieci te, powróciwszy do kraju, stały się źródłem zakażenia. Grzybek drobnozarodnikowy odróżnia się od grzybka strzygącego a) w obrazie klinicznym, b) w drobnowidowym, c) w hodowli. Obraz kliniczny jest następujący: wykwit okrągły na głowie średnicy 4—5 cm, jak gdyby pozbawiony zupełnie włosów, pokryty szarym pyłem; miejsce to łuszczy się bardzo silnie, brak wszelkich objawów zapalnych. Włosy istnieją, ale bardzo małe, mniej więcej na tej samej wysokości ułamane. Obok pierwotnej zmiany widać kilka młodszych zmian rozmaitej wielkości, zlewających się ze sobą. Grzybek drobnozarodnikowy nie trzyma się tylko skóry owłosionej, przechodzi często na skórę szyi; wykwity te, na obwodzie nieco wyniosłe, w środku łuszczące się; brak nacieków, brak pęcherzyków i guzków. Grzybek strzygący wytwarza wykwit owalny: na obwodzie znaczna ilość pęcherzyków ropnych, gdzieniegdzie strupy, trudno dające się usunąć; nie wszystkie włosy w tym obrębie są chore, niektóre sterczą zupełnie nie zmienione; chore zaś włosy są niewidoczne, gdyż są ułamane przy ujściu torebki włosowej. Rozpoznanie drobnowidowe jest łatwe: jeden włos chorego na grzybek drobnozarodnikowy wystarcza wziąść pod drobnowid, aby zobaczyć niezliczoną ilość zarodników i micelji. Włos wygląda, jakby był w manszecie, który składa się z samych zarodników małych okrągłych; w samym włosie zarodników niema, natomiast w powierzchownych warstwach znajdujemy micelje. Grzybek strzygący zachowuje się zupełnie inaczej, zależnie od szczepu, który wywołał chorobę (endothrix i ectothrix). Hodowlą grzybków lekarz praktyk zajmować się nie może; do tego trzeba specjalnych badań, by módz poznać najdrobniejsze różnice. W końcu zwraca autor uwagę na leczenie chorób grzybkowych skoncentrowanym perhydrolem, który ma lepiej działać, niż nalewka jodowa, ponieważ ma własność wnikania w głąb i niszczenia tam zarodków choroby. Dr M. Krenglówna.

Vörner: **Organotropja krętka bladego.** (Med. Klinik, 1920, 44). Pod organotropją rozumie autor własność pewnych szczepów krętka wytwarzania w pewnych tylko narządach zmian kiłowych. Już dawni lekarze twierdzili, iż kiła układu nerwowego zostaje wywołana przez szczepy zarazka, które działają tylko na tkankę nerwową. Potwierdza to doświadczenie; gdy zwykła kiła leczy się pod wpływem rtęci, to na zmiany kiłowe w tkance nerwowej środek ten nie działa. Autor przypomina przypadki Brosiusa: u kilku robotników, którzy z jednego źródła zakazili się kiłą, po kilkunastu latach powstały zmiany w układzie nerwowym; również Morrel, Lavallee podają kilka takich przypadków. Inni autorowie spostrzegali chorych z tej samej rodziny, u których kiła wystąpiła tylko w pewnych narządach.

Autor sądzi więc, iż wystąpienie kiły zależy nietylko od jadowitości krętka, ale także od wrażliwości tkanek na działanie krętka. Organotropja krętka występuje wtedy, jeżeli szczep znalazł sobie w pewnym narządzie stosowne podłoże, występuje zaś u drugiego osobnika w tym samym narządzie, jeżeli tam też znajdzie dobre warunki rozwoju. Przejście z jednego ustroju do drugiego zwiększa jadowitość szczepu dla danego narządu, ale nie zmniejsza siły działania szkodliwego na inne tkanki ustroju. Dr M. Krenglówna.

Civatte i Vigne: **O leczeniu sarkoidu Boecka i Dariera.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 5). Ravaut w 1913 i 1914 znajdował często dodatni odczyn Wassermanna w przypadkach tuberkulidów, a przy stosowaniu salwarsanu stwierdzał polepszenie. Również i Pautrier otrzymywał wyleczenie w przypadku sarkoidu po zastosowaniu nowarsenobenzolu (OW +)— i wyraża przekonanie, że sarkoidy stanowią tylko objawy różnych cierpień, a znaczna ich część jest pochodzenia kiłowego. Autorowie spostrzegali przypadek sarkoidów Boecka, histologicznie stwierdzony, z odczynem Wassermanna (dwukrotnie badanym) ujemnym, z odczynem śródskórnym tuberkulinowym dodatnim. Leczenie nowarsenobensolem doprowadziło szybko do ustąpienia zmian klinicznych, badanie jednak drobnowidowe skrawka skóry, wyciętego po leczeniu, wykazało jeszcze obecność typowych zmian. Ze swoich badań dochodzą autorowie do następujących wniosków: 1) Sarkoidy skórne typu Boecka i Dariera tworzą typ kliniczny, w sobie zamknięty. Nie znamy ani ich przyrody ani pochodzenia. Najprawdopodobniej należą do tuberkulidów. 2) Korzystny wynik leczenia nowarsenobenzolem nie dowodzi przyrody kiłowej sarkoidów. 3) Leczenie nowarsenobenzolem nie daje trwałych wyników. J. Walter.

Lenormant: **Słoniowacina skóry owłosionej głowy.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 5). Opisywany przez autora przypadek dotyczył 30 l. kobiety, u której zmiana chorobowa w postaci wybujałości skórnych zajmowała prawie całą skórę głowy owłosionej w postaci jakgdyby czapki. Choroba datowała się od dzieciństwa; obraz tych wybujałości przypominał zakręty mózgowe, tak pojedyncze bruzdy przedzielały skórę na różnej wielkości płaty. Zabarwienie skóry prawidłowe, włosy gdzieniegdzie zachowane w bruzdach. Przypadek ten przedstawiał typowy obraz »cutis verticis gyrata«, opisany przez Jadassohna i Unnę, we Francji noszący nazwę nadaną przez Andryego »pachydermie vorticellée du cuir chevelu« (»cuir chevelu encephaloide« Callea). Pomimo rzadków opisów, cierpienie to, zdaniem autora, nie jest zbyt rzadkie, ale jego przypadek ciekawy był ze względu na rozmiary zmiany. Schorzenie to występuje tylko u ludzi w średnim wieku (25—35 l.) o bardzo obfitem owłosieniu. Niekiedy poprzedzały tę zmianę chorobową zmiany zapalne skóry. Zmiana ta sadowi się zwykle na tylnych częściach głowy, albo na szczycie, bruzdy rozdzielające płaty są nieregularne (gyratae), rzadziej równoległe (striatae), włosy niekiedy zachowują się, i to nawet dość obficie. Objawów podmiotowych zwykle chorzy nie odczuwają. Przyczyna powstawania tego cierpienia nie jest znana. Jadassohn uważa tę sprawę za wrodzoną, Unna widzi przyczynę w dysproporcji czaszki a skóry pokrywającej ją, i t. d. Verres, znajdując w swym przypadku objawy zapalne (zapalenie i zanik gruczołów łojowych i potnych), sądzi, że cierpienie to rozwija się na tle zapalnem. Inni autorowie (Malartic i Ofm) zmian zapalnych nie znajdowali, a tylko komórki podobne do komórek znamion i dlatego schorzenie to uważają za olbrzymie znamię skóry owłosionej. Autor sądzi, że

obie te przyczyny mogą odgrywać rolę w powstawaniu tego cierpienia. Leczenie dotychczas jest ujemne, elektroliza nie daje żadnych wyników. J. Walter.

Sabouraud: **Etjologja łysiny plackowatej.** (Ann. de derm. et de syph. 1920, 4). Broq upatruje w miejscowem działaniu pasorzytów wytłomaczenie powstawania okrągłych łysin plackowatych. Sabouraud przypomina, że odśrodkowy wzrost łysiny powstaje przez wypadnięcie 40—50 włosów, charakteryzujące się dwoma typami. Włos albo wypada cały, nie różniąc się od włosów w innych łysinach, albo (typ długi) ułamuje się powyżej skóry, a pozostały pień włosa przybiera kształt maczugowaty, znacznie zgrubiały u góry, a ścieńczały w dole. Jestto »chevau peladique«, opisany już w 1897 przez autora i pozostający zjawiskiem typowem w łysinie plackowatej. Znikanie takich włosów w obrębie łysiny oznacza wstrzymanie się pochodu cierpienia, poczem pojawiający się puszek powoli doprowadza do zupełnego wykształcenia się włosów. Sabouraud przyznaje, że wszystko to łatwo jest wytłómaczyć teorją pasorzytniczą, zwłaszcza, gdy obraz kliniczny zmieniać się będzie dalej. Nowe ogniska poczynają się tworzyć, co nieraz może doprowadzić do zupełnego wyłysienia. Do opisanych objawów klinicznych dodaje autor nowy objaw, przez siebie spostrzegany, a mianowicie występowanie w miejscach, w których nie nastąpi wypadnięcie włosów, plamek czerwonawych (różowo-pomarańczowych), podobnych do wysypki plamistej kiłowej. W miejscach tych daje się stwierdzić zmniejszona oporność włosów, dają się one bowiem bardzo łatwo wyrywać. Objaw ten »roseole peladique« jest bardzo rzadki. Prócz tej postaci istnieje inna postać łysiny plackowatej, którą jeszcze Celsus opisał pod nazwą »ophiasis«. Zaczyna się ona zwykle na karku, lub na skroniach, i to symetrycznie. Wiele łysin u dzieci zaliczyć należy do tej postaci. Ta łysina, odcinając się ostro od otoczenia, jakby zakreślona cyrklem, nie daje się wytłomaczyć przyczyną pasorzytniczą. Dlatego należałoby przyjąć, że istnieją dwie postacie łysiny plackowatej: z przyczyny zewnętrznej i wewnętrznej. Jednakże nieraz zdarzają się takie postacie łysin plackowatych, że do żadnej grupy z wszelką pewnością nie można ich zaliczyć. Gdyby jedna z postaci okazała się zaraźliwą, byłoby to najważniejszym szczegółem rozróżniającym; lecz niezaraźliwość jakiegokolwiek typu nie ulega najmniejszej wątpliwości. Dowody, które autorowie przytaczają na poparcie teorji trofoneurotycznej, zdaniem autora nie są dostateczne (objawy nerwowe swędzenie, ustępowanie cierpienia po wypoczynku nerwowym, umysłowym). Sabouraud nigdy nie widział łysin plackowatych, towarzyszących półpaścowi, porażeniom nerwu twarzowego, padaczce i t. d. Również twierdzenie, jakoby wstrząsy i uszkodzenia nerwowe wywoływały łysinę, nie znajdują potwierdzenia. W wojnie było tyle przypadków uszkodzeń, a nie powiększyło to wcale częstości łysin plackowatych. Autor wspomina o łysinach występujących dziedzicznie, u kobiet w okresie utraty miesiączkowania, w czasie wykluwania się zęba mądrości (teorje o pochodzeniu odruchowem). W tych przypadkach łysiny, któreby można odnieść do tła nerwowego, nie znalazł S. nigdy zaburzeń czuciowych, ani wydzielania potu. Ostatecznie dochodzi S. do wniosku, że łysinę plackowatą należy uważać za objaw, występujący w różnych cierpieniach: a) przy objawach przy wykluwaniu się zęba mądrości, b) w chorobie Basedowa, c) jako objaw towarzyszący bielactwu skóry, d) u kobiet w okresie ustępowania miesiączkowania, c) dziedzicznie, w rzadkich przypadkach. Łysina plackowata jest nie zaraźliwa, a więc przypuszczenie tła pasorzytnego upaść musi; teorja nerwowa dziś niema jeszcze trwałych podstaw, teorja Jacqueta jest zadaleko posunięta. S. spotykał często łysiny plackowate w związku ze zmianami w uzębieniu i w kośćcu. Za przyczynę tych zmian uważa kiłę i dlatego też poleca w przypadkach nieraz banalnych łysin u dzieci podawanie syrupu Gibberta, i to nietylko w przypadkach, w których kiła rodziców jest stwierdzona, ale i w tych, w których się istnienie jej tylko przypuszcza. F. Walter.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 19. stycznia 1921 r

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 92 członków.

I. Kol. Wernic z Warszawy referuje sprawę państwowego projektu walki z chorobami wenerycznemi i nierządem. Prelegent, jako współtwórca nowej ustawy, stoi na stanowisku bezwzględnego zniesienia domów publicznych i reglementacji prostytutek, a poleca poddanie całej sprawy pod nadzór lekarski przy współudziale społeczeństwa, bez ingerencji policji, jako organu, który przyczynia się tylko do odstraszania od zgłaszania się chorych. Nowy projekt ustawy przewiduje także leczenie się mężczyzn.

Dyskusja: 1) Kol. Walter jest zwolennikiem reglementacji, a co najmniej współdziałania władzy policyjnej, jako organu wykonawczego. Popiera swoje wywody statystyką ostatnich miesięcy, w których to miesiącach po zniesieniu domów publicznych wzmogła się ilość chorób wenerycznych zastraszająco. — 2) Kol. prof. Lenartowicz omawia projekt z punktu widzenia humanitarnego i socjalnego, przyczem wytyka jego błędy. — 2) Kol. mjr. Bohdanowicz widzi przyszłość skutecznej walki z chorobami wenerycznemi w uświadamianiu żołnierzy i w utworzeniu poradni ogólnych. Pomoc policji zdaje mu się być nieodzowną w walce z tem złem. — 4) Kol. Rogalski zwraca uwagę na lekarza psychjatrę, jako tego, który powinien współdziałać z lekarzem wenerologiem. Prostytutkę bowiem musi się uważać za pewnego rodzaju »jednostkę chorobliwą« (moral insany), a jako chorą nie postępować z nią, jak ze zwykłym więźniem.— 5) Kol. ppłk. Sternbach zaznacza, że od czasu zniesienia domów publicznych nie udaje się nigdy znaleść źródła zakażenia, a tymczasem choroby weneryczne i wśród żołnierzy powiększają się z dnia na dzień. Przez publiczne odczyty należy uświadamiać społeczeństwo, że choroby weneryczne są uleczalne i że tylko wczesne zwrócenie się do lekarza może uchronić od poważnych następstw. Według mowcy stacje zapobiegawcze, urządzane w koszarach, nie mają większego znaczenia. Raczej środki zapobiegawcze, w które każdy żołnierz zaopatrzony być powinien, mogłyby odegrać rolę w tępieniu chorób wenerycznych. — 6) Kol. Mikołajski podziela stanowisko Wernica i podnosi dobre strony nowej ustawy, która jednak z powodu braków podstawy prawnej nie może być na razie w Małopolsce przeprowadzona. — 7) Kol. Janiszewski wyjaśnia, w jakiem stadjum obecnie projekt ustawy się znajduje. — 8) Kol. prof. Rosner krytykuje pierwszy ustęp ustawy, przez który dotychczasowe znaczenie tajemnicy lekarskiej i zaufanie do lekarza mogłoby być poważnie zachwiane. Prosi dalej o wyjaśnienie, jakie to osoby miał ustawodawca na myśli, kiedy mówi, że ich choroba weneryczna powinna być przedmiotem doniesienia. — 9) Kol. Wernic broni projektu, odpowiada na zarzuty i pytania, a wreszcie przyznaje, że ustawa nie jest idealna, jak każda początkująca, musi mieć pewne braki, które dopiero z biegiem czasu dadzą się w tym lub owym kierunku poprawić. — 10) Kol. prof. Rosner dziękuje prelegentowi za trudy, jakie ponosi dla sprawy, którą gorliwie propaguje.

II. Na członków przyjęto: kol. Molknerową Henrykę, Szallę Kazimierza i Pileckiego Łazarza.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 26. stycznia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 69 członków.

I. Kol. Brudzewski wygłasza odczyt p. t.: **Narząd wzrokowy u zwierząt wyższych**.

IV. Posiedzenie naukowe w dniu 9. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 105 członków.

I. Na członków przyjęto kol. Ant. Nasiłowskiego i Zygm. Leinkrama.

II. Kol. Janiszewski przedstawia sprawę zagrożonego Ministerstwa zdrowia publ. i wnosi odpowiednią rezolucję z protestem przeciw zniesieniu tegoż Ministerstwa. Rezolucję przyjęto jednomyślnie i postanowiono, by Prezydjum wysłało ją do Prezydenta ministrów i do Marszałka Sejmu.

III. Kol. Ball z Wadowic przedstawia udatnie skonstruowaną przez dentystę Roupperta **protezę szczęki górnej**, która mimo ogromnego zniszczenia części miękkich i twardych pozwala na doskonałe żucie i wyraźne artykułowanie zgłosek, gdy bez protezy chory ani jeść, ani mówić nie może.

IV. Kol. prof. Orłowski przedstawia chorego ze wszystkiemi objawami **choroby Adamsa-Stokesa**, omawia patogenezę i prawdopodobną etjologję choroby.

V. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia niezwykłe okazy przerzutów i przebicia **raka** przełyku, oskrzeli i nerek do sąsiednich narządów.

VI. Kol. prof. Lenartowicz przedstawia i przeprowadza różnicowe rozpoznanie trzech przypadków, a mianowicie: **der-**

matitis herpetiformis (Dühring), **pityriasis rubra pilaris i lichen ruber planus**.

VII. Przewodniczący oznajmia, że jeden z kolegów złożył 500 Mk., z tem, aby dzisiejsze zebranie dołożyło odpowiednią kwotę do ufundowania cegiełki na odbudowę Wawelu. Listę składkową podano członkom.

VIII. Kol. prof. Rutkowski przedstawia: 1) **plastykę przełyku** u dwu młodych chłopców sposobem Ijano, polegającym na wszczepieniu zeszytej krzywizny dużej żołądka pod skórę i następowem zeszyciu z górną częścią przełyku: 2) dziewczynę z niezwykłą wadą rozwojową, polegającą na zupełnym **podziale esicy i odbytnicy** z otworem do pochwy.

W dyskusji: kol. prof. Kostanecki zwraca uwagę na niezwykłą formę i unikat przypadku, stara się przytem wytłumaczyć powstanie wady; we wczesnem życiu płodowem musiał powstać zupełny zlep wyrastających naprzeciw siebie fałdów błony śluzowej jelita i stąd przegroda.

IX. Kol. Blassberg przedstawia **kamyki cystynowe**, ich patologję i leczenie.

X. Kol. prof. Majewski przedstawia chorego z **ulcus rodens corneae;** przy tej sposobności podaje zasadniczą różnicę między tą chorobą, a wrzodem rogówki drążącym (ulcus serpens).

IX. Kol. Rose przedstawia:

1) Przypadek **guza kąta móżdżkowo-mostkowego** po stronie prawej. U 22-letniego chorego przed 2 tygodniami wystąpiły bóle i zawroty głowy, wymioty, niepewność w ruchach prawych kończyn. Przy badaniu znaleziono niższe ustawienie prawego kąta ust, bezład przy próbie nosowopalcowej i piętowokolanowej po stronie prawej, adiadochokinesis prawej ręki. Niema odruchów patologicznych i zaburzeń czucia. Objaw Schwabacha po stronie prawej wybitnie skrócony (4—5″). Przy patrzeniu wprost drżenie oczu poziomoobrotowe w lewo. Przy staniu z zamkniętemi oczyma zatacza się chory w prawo. Błony bębenkowe bez zmian, na dnie oka lekka wyniosłość obu tarcz wzrokowych. Odczyn Wassermanna ujemny. Chory, przeznaczony do zabiegu operacyjnego, zmarł na godzinę przed zabiegiem wśród ogólnych drgawek. Sekcja wykazała ropień wielkości jaja gołębiego w miejscu klinicznie stwierdzonem.

2) Przypadek **guza tylnej jamy czaszkowej.** Chory l. 23, dziedzicznie nie obciążony, we wrześniu 1920 zaczął uczuwać bole głowy, a jednocześnie wystąpiły nudności i wymioty; przy chodzeniu zataczał się; po 2 miesiącach upośledzenie, a następnie utrata wzroku i upośledzenie słuchu w uchu prawem. Przy badaniu znaleziono: zbaczanie wystawionego języka w lewo, zmniejszenie siły lewych kończyn przy prawidłowych ruchach czynnych. Odruchy ścięgniste i okostne prawej górnej kończyny żywsze niż lewej, odruch Achillesowy lewy zniesiony. Odruchów patologicznych i zaburzeń czucia niema. Objaw Schwabacha po stronie prawej skrócony, nieznaczne drżenie oczu przy patrzeniu w bok. Przy staniu z zamkniętemi oczyma chwianie się bez określonego kierunku. Obustronny zanik nerwów wzrokowych. Chorego przeznaczono do zabiegu operacyjnego.

XII. Kol. prof. Rosner 1) przedstawia i omawia przypadek **nadmiernego rozluźnienia się spojenia łonowego w ciąży** i pozostałość tego cierpienia po porodzie. Według prof. Rosnera rozejście się spojenia łonowego jest zjawiskiem atawistycznem, zachodzącem u zwierząt czworonożnych stale. Cierpienie to, tak rzadko rozpoznawane, a tak często spotykane, zasługuje na szersze omówienie. 2) Następnie omawia prof. Rosner ciekawy przypadek **sześciokrotnego porodu nieżywych płodów**, mimo że skrupulatne badanie chorej nie pozwala wykryć nic chorobowego. Płody żyją i rozwijają się prawidłowo do ostatniej chwili, a przed samym porodem z równoczesnem wystąpieniem białkomoczu u matki, umierają. Według prelegenta jest to sprawa związana z zaburzeniem wewnętrznego wydzielania któregoś z gruczołów, a może i zaburzeniem kilku.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 16. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. Kol. prof. Latkowski przedstawia chorego z ciężkiem **ostrem zapaleniem osierdzia** i równoczesnemi **objawami mózgowemi.**

II. Kol. prof. Rosner przedstawia ciężarną po **wentrofiksacji**, która zaszła w ciążę, a u której **macica** znajduje się częściowo **uwięzła w przepuklinie brzusznej.** Prelegent zamyśla w tym przypadku nie sprowadzać poronienia, lecz odpreparować macicę od powłok brzusznych, a worek przepuklinowy wyciąć i powłoki zamknąć w typowy sposób.

III. Kol. Walter przedstawia dziewczynę chorą na **granulosis rubra nasi.**

IV. Kol. Rosenhauch wygłasza odczyt: **O mechanizmie samoobrony i zdolności przystosowania oka ludzkiego.** (Przeznaczone do druku).

W dyskusji 1) kol. prof. Rosner stwierdza, że we wszystkich narządach ustroju żyjącego możnaby wykazać zdolność przystosowania i mechanizm samoobrony, podobnie jak w oku. — 2) Kol. Majewski przytacza ciekawy przypadek przystosowania się oka po zranieniu do nowych warunków.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 23. lutego 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 120 członków.

I. Kol. prof. Godlewski, Naczelny Nadzwyczajny Komisarz epidemiczny, w treściwem przemówieniu przedstawia **walkę z chorobami zakaźnemi, a zwłaszcza z durem plamistym w Polsce.** Nawiązując do historji powstania Nadzwyczajnego Komisarjatu do tłumienia chorób zakaźnych, przedstawia jego organizację, pierwsze niepowodzenia, zwłaszcza z powodu pierwszych niepomyślnych walk naszych z bolszewikami. Według prelegenta walka z chorobami zakaźnemi, podjęta przez N. N. K., przyniosła znakomite wyniki, jakkolwiek jeszcze nie wszystko dało się osiągnąć. Z 20 tysięcy, a względnie 70 tysięcy przypadków zachorowania na tyfus plamisty, cyfra ta spadła na 2.000. Organizacja polegała pierwotnie na ustanowieniu stacji oczyszczających na linji granicznej, którą przekraczała ludność. Pewną jest rzeczą, że nie dało się wszystkich tę granicę przekraczających uchwycić, lecz zawsze spora ich liczba, zwłaszcza tych, którzy w głąb kraju zdążali, została oczyszczona. Na przyszłość dla powracających jeńców cywilnych i wojskowych proponowane

są dwie takie stacje, jedna w Baranowiczach, druga w Równem. Przeszkodą dość znaczną w zorganizowanej walce z tłumieniem zarazy są koleje, które niekiedy nie rozumieją jej znaczenia i nie zawsze idą w parze z dążeniami komisarjatu. Za pomocnicze środki w tej walce uważano kolumny dezynfekcyjne, których jednak nie można użyć do masowego oczyszczania całych połaci kraju z powodu niemożliwości równoczesnej dezynfekcji mieszkań i oczyszczenia ludności na tak wielką skalę. Daleko większej pomocy spodziewać się należy po szpitalach epidemicznych, które jeszcze w styczniu 1920 r. liczyły 5.000 łóżek, a dzisiaj liczba ich przewyższa 10.000. Charakter tych szpitali jest wprawdzie obecnie prowizoryczny, lecz będzie się je powoli ustalać, jak n. p. w Zakopanem. Wielkie widoki daje rozpoczęta obecnie akcja dezynsekcji cjanowodorem, która jednak wymaga wielkich kosztów. Będzie można je pokryć przy pomocy Ligi Narodów, która przyjęła na siebie obowiązek zaopatrywania szpitali na kresach. Oprócz tyfusu plamistego należy się obawiać z wiosną cholery, która przed kilku miesiącami do nas przyniesiona, jakkolwiek odrazu rozpoznana i zwalczana, pociągnęła za sobą dość znaczne ofiary w ludziach.

W d y s k u s j i zabiera głos 1) kol. Janiszewski, który broni stanowiska Ministerstwa zdrowia publ. i podaje wyniki jego pracy przy tłumieniu chorób zakaźnych, zwłaszcza na terenie Królestwa Polskiego, krytykuje zaś niektóre zarządzenia N. N. K., jako niezgodne z intencją Ministerstwa. — 2) Kol. Momidłowski zaznacza, że do czasu objęcia przez N. N. K. tłumienia tyfusu plamistego w zachodniej Małopolsce, t. j. do końca marca 1920, organy wykonawcze powiatowe pozbawione były wszelkich urządzeń, potrzebnych do tłumienia epidemji, która zwłaszcza w górskich powiatach, a także w m. Krakowie zaczynała przybierać masowy, rozlany charakter. Po objęciu przez N. N. K. akcji zaradczej dostarczono zakażonym powiatom 15 lekarzy epidemicznych, 14 medyków, 8 dezynfekcjonarjuszy, 87 sanitarjuszek, 10 automobilów osobowych, 4 sanitarnych, 19 koni zaprzęgowych, 10 mułów, 21 wózków i wozów, urządzeń szpitalnych na 610 łóżek, 14 aparatów dezynfekcyjnych parowych, 43 aparatów suchych (Hartmana), $1^1/_2$ wagona mydła, $^1/_2$ wagona sody. Oprócz tego nadesłał N. N. K. cały szereg drobniejszych przyborów, jak maszynki do włosów, ubrania brezentowe, buty gumowe, tusze przenośne, sikawki do wapna i t. p. Urządzono 13 szpitali epidemicznych, zakupiono 2 domy na szpitale stałe, urządzono namioty noclegowe i odczyszczalnie na stacji kolejowej w Krakowie, stałą łaźnię na stacji w Dębicy, zaopatrzono więzienia sądowe w Krakowie, Tarnowie, Rzeszowie, Nowym Sączu, Jaśle, Wadowicach w wielkie aparaty dezynfekcyjne amerykańskie. Skutek całej akcji był ten, że stłumiono epidemje w m. Krakowie i powiatach Chrzanów, Nowy Sącz, Nisko, Kolbuszowa, Wadowice, Grybów, Limanowa, tak, że obecnie pojawienie się tyfusu w tych powiatach ma charakter sporadyczny. Należy stwierdzić, że jest wyłączną zasługą N. N. K., że epidemja tyfusu plamistego nie rozlała się ze wschodniej Małopolski także na zachodnią część kraju i nie przybrała tych rozmiarów, co na wschodzie. — 3) Kol. prof. Orłowski zapytuje, czy nie możnaby zastosować pewnej zapobiegawczej metody, jaką posługiwali się Niemcy przy wypuszczaniu jeńców, a mianowicie szczepienia jeńców jeszcze w obozach koncentracyjnych, zanim się ich wyprawi do Baranowicz i Równa. Wątpi, czy kąpiele same dadzą dobry wynik, wobec jakiegoś wstrętu ludności do kąpania się. Radzi wprowadzić raczej przymus kąpielowy. — 4) Kol. prof. Szumowski zauważa, że za mało jest uwzględniana propaganda czystości i radzi nieco więcej zwracać na nią uwagę. — 5) Kol. pułk. Masny zaznacza, że dezynfekcja kwasem pruskim da możność zniszczenia tyfusu powrotnego, który pluskwy przenosiły. Zastrzega się przeciwko opinii kol. Janiszewskiego, jakoby wojsko nie współdziałało, a raczej przeszkadzało w tłumieniu epidemji. Wprawdzie zdarza się, że rozkazy wojskowe nie idą w parze z cywilnemi, lecz nie widzi w tem złej woli, lecz tylko czasem brak porozumienia między władzami. — 6) Kol. gen. Kowalski: Zarzut, że ludność polska okazuje pewien wstręt do czystości, jest nieuzasadniony i nie odpowiada rzeczywistości. Przyczyny spostrzeżonego niechlujstwa trzeba szukać gdzieindziej, a nie w charakterze polskim. Ten objaw niższej kultury sanitarnej na wschodzie Europy w porównaniu ze zachodem, leży w niekorzystnych warunkach bytu i rozwoju narodów. Każdy naród musi być do czystości i porządku odpowiednio wychowany. Czystość w narodzie trzeba zacząć kultywować w wieku młodym, w domach rodzicielskich, w szkołach. W Niemczech jest w każdej szkole ludowej łazienka, u nas daleko jeszcze do tego. W Krakowie istnieje tylko jedna łazienka publiczna t. j. przy ulicy Karmelickiej, a i ta jest przeważnie zamknięta dla braku węgla. Za staraniem kol. Janiszewskiego oddało wojsko do użytku cywilnych zakład wojskowy kąpielowo-dezynfekcyjny koszar Jana Sobieskiego przy ulicy Szlak za minimalnem wynagrodzeniem, które jednak jest jeszcze za wielkie w naszych czasach i dlatego ludność mało z zakładu korzysta. Kąpiele dla ludu powinny być bezpłatne, koszta ponosić powinna gmina, ewentualnie rząd. W walce z durem plamistym dała nam zeszłego roku Misja amerykańska do zwalczania epidemji w Polsce nadzwyczajną pomoc z wielkiem powodzeniem. Kiedy epidemja była bardzo groźna, udzieliła nam ta misja pierwszorzędnych aparatów dezynfekcyjnych, utrzymywała wyszkolony personal własny ze swoich funduszów i dodawała materjałów przeróżnych w wielkiej ilości. Przeszło pięć miesięcy była przeprowadzana dezynfekcja i dezynsekcja przy wojsku w Krakowie wzorowo; w końcu nadeszła jeszcze kolumna dezynsektorów cjanowodorem Ministerstwa zdrowia publicznego z Warszawy i przeprowadziła dezynsekcję baraków w obozie internowanych Nr 1. w Dąbiu prawie idealnie. Dzisiaj stoimy jednak na tem samem miejscu, na którem staliśmy przed temi pracami, gdyż to powtarzać trzeba ciągle i bez przerwy, według potrzeby i stanu epidemji w Polsce. Brakuje nam przedewszystkiem wyszkolonego personalu, sił technicznych, niezbędnych do obsługi aparatów, które się wskutek tego niszczą i marnują. Wojskowość utrzymuje w Krakowie jak najlepsze stosunki z władzami sanitarnemi cywilnemi. W każdej ważniejszej sprawie zwracamy się do władz cywilnych. Od pierwszej chwili mojej czynności w walce z epidemjami t. j. od stycznia ubiegłego roku, spostrzegłszy niektóre usterki sanitarne na dworcu kolei w Krakowie, zrobiłem odpowiednie kroki i w krótkim czasie zostały stosunki sanitarne na dworcu kolei odpowiednio uregulowane tak ze strony cywilnej, jak wojskowej. Pomimo bardzo niekorzystnych warunków zdrowotnych w Krakowie i ciągłego napływu świeżych przypadków epidemicznych, utrzymywał się stan zdrowia załogi krakowskiej względnie bardzo korzystnie. Od 1. stycznia do dzisiejszego dnia t. j. 23. lutego b. r. mieliśmy 108 przypadków duru plamistego, a w tym samym czasie zeszłego roku było ich 633. Dzisiaj, t. j. 23. lutego b. r. jest duru plamistego: w wojskowym szpitalu dla chorób zakaźnych tylko 16 przypadków (z których 8 z załogi krakowskiej), a w szpitalu wojskowym obozu internowanych w Dąbiu 37 (między jeńcami wojennymi). Odsyłając każdy nowy przypadek, z wielką akuratnością i ciągłą kontrolą lekarską natychmiast do szpitali i przeprowadzając natychmiastowe środki zapobiegawcze, osiągnięto, iż w żadnej ubikacji wojskowej znaczniejszego wybuchu epidemicznego dotąd nie było. I małą epidemję cholery azjatyckiej między robotnikami jeńcami udało się zwalczyć prawie w zarodku (15 przypadków). — 7) Kol. prof. Godlewski odpiera zarzuty poczynione przez kol. Janiszewskiego i stwierdza, że wszystkie zarządzenia N. N. K. były wydawane po porozumieniu się z Ministerstwem zdrowia publ., co zaś do innej organizacji, przeprowadzonej przez N. N. K., aniżeli to było w projekcie Min. zdr. publ., to uzasadnia to rzeczywistemi potrzebami.

II. Przyjęto na członków kol. Tomicę i kol. Grohmana.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 3. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych członków 124.

I. Kol. prof. O r ł o w s k i wygłosił wykład: **W sprawie działania w gruźlicy szeregu metod leczniczych.** Prelegent omawia działanie w gruźlicy tuberkuliny, fosfatydy, hetolu, przetworów jodowych, cjanku złota, soli miedziowych, dioradonu i kreozotu, leczenia kumysem, oraz metod fizycznych, jak leczenie sztuczną odmą piersiową, zastosowanie pracy w sanatorjach i dochodzi do wniosku, że wszystkie te metody działają przedewszystkiem przez sprowadzenie odczynów zapalnych dookoła ognisk gruźliczych. Umiejętne skorzystanie z tej ich własności wiedzie do poprawy stanu chorobowego, nieumiejętne zaś, sprowadzając bardzo burzliwy odczyn zapalny, pogarsza stan chorego. W tem właśnie upatruje prelegent główną przyczynę niejednolitych poglądów na doniosłość i wartość leczniczą wymienionych metod. Rzecz prosta, iż poza tem głównem działaniem są jeszcze dodatkowe cechy działania, jak np. powstanie czynnej odporności przeciwko tuberkulinie w razie stosowania metody tuberkulinowej.

W d y s k u s j i. 1) kol. Blassberg podnosi, że poza metodą sztucznej odmy Forlaniniego, która ma ścisłe zastosowanie miejscowe tylko przy jednostronnej gruźlicy płuc, wszystkie metody leczenia gruźlicy zdążają z jednej strony do podniesienia odporności ustroju w walce z chorobą, a z drugiej strony przez czasowe przekrwienie miejscowe usiłują wywołać miejscowy wpływ leczniczy na ogniska gruźlicze, albo też zadziałać swoiście prze-

ciw bakterjom i ich jadom. Ponieważ leczenie gruźlicy, wobec jej rozpowszechnienia, jest także problemem społecznym, przeto w wyborze metod musimy się z konieczności kierować możliwością szerokiego stosowania w praktyce. Leczenie sanatoryjno-dietetyczne jest jako masowe leczenie trudno przeprowadzić. Dlatego też kol. Blassberg uważa za najodpowiedniejsze leczenie tuberkuliną. Choć istnieją różne przetwory tuberkuliny i sposoby jej stosowania, to jednak jest to metoda, działająca równocześnie drogą leczniczego przekrwienia oraz swoiście, a na zachodzie Europy jest już szeroko ambulatoryjnie z dobremi wynikami stosowana; natomiast w Polsce jest stosowana tylko przez niewielu lekarzy. W sprawie stosunku gruźlicy do ciąży podnosi Blassberg, że miał wielokrotnie sposobność spostrzegać późniejsze znaczne pogorszenia się gruźlicy u kobiet, które samą ciążę, poród i połóg przebyły dobrze. Jest tu zasadnicza rozbieżność w obserwacji pomiędzy internistą, który śledzi cały przebieg tej choroby o przewlekłym charakterze, a ginekologiem, który ocenia stan na bliską metę, któremu zależy przedewszystkiem na żywem dziecku, oraz na szczęśliwem przeprowadzeniu ciąży, porodu i połogu. — 2) Kol. doc. Dr Janiszewski zaznacza, że leczenie tuberkuliną i jego pierwsze nie dość pomyślne wyniki zniechęciły lekarzy do dalszego jej stosowania. Kol. Janiszewski podczas swego pobytu w Zakopanem stosował starą tuberkulinę Kocha przy stanach bezgorączkowych przez dłuższy czas i we wszystkich prawie przypadkach osiągnął dobre wyniki: prątki z plwociny znikały, apetyt chorych wzrastał, waga się zwiększała. Sądzi więc, że tuberkulina jest środkiem swoistym i trzeba ją stosować przy gruźlicy, jednak wybierać odpowiednie przypadki. Leczenie za pomocą pracy w sanatorjach działa, zdaniem kol. Janiszewskiego, bardzo korzystnie, gdyż pozwala zapominać chorym o cierpieniu i nie działa tak deprymująco, jak ciągłe leżenie. — 3) Kol. pułk. Masny zaznacza, że służba wojskowa różny wywiera wpływ na gruźlicę, zależnie od tego, w jakich koszarach są umieszczeni żołnierze, jakie warunki hygieniczne tam panują, a wreszcie stwierdza, że służba w okopach wpływa ujemnie na gruźlicę u żołnierzy. — 4) Kol. Otęski jest zwolennikiem leczenia gruźlicy zimną wodą, twierdząc, że woda wywołuje podobny odczyn zapalny około ognisk gruźliczych, jak leczenie tuberkuliną lub innemi środkami chemicznemi lub fizycznemi. — 5) Kol. Glassner stosuje jod w gruźlicy, ponieważ gruźlica bardzo często bywa powikłana i kumuluje się z kiłą; stąd dobre działanie jodu w takich przypadkach. Nie zgadza się na pracę fizyczną i nadmierne ruchy chorych na gruźlicę i oświadcza się raczej za spokojem i leżeniem. — 6) Kol. mjr. Bohdanowicz powołuje się na dobre wyniki, jakie stwierdzał przy stosowaniu w gruźlicy tuberkuliny Marmorka. Służba wojskowa wpływa ujemnie na gruźlicę; najlepszy dowód na murzynach, którzy wcieleni do wojska i przeniesieni do koszar, masowo zapadali na gruźlicę. — 7) Kol. prof. Rosner odpowiada na zapytanie prelegenta co do wpływu okresu gestacyjnego na rozwój gruźlicy. Odpowiedź na to pytanie niełatwa, gdyż trudno o porównanie. W każdym razie ciąża zdaje się wpływać na gruźlicę ujemnie w pierwszych czterech miesiącach, wtedy, kiedy przemiana materji ciężarnych idzie w kierunku katabolicznym. Drugi okres ciąży działa zwykle dość dobrze, chore zwykle tyją, czują się zdrowe, jest to okres anaboliczny, bilans azotu jest wtedy dodatni. Poród i połóg rozdmuchują zwykle uśpioną w drugiej połowie ciąży, gruźlicę. Radzi dlatego przy gruźlicy czynnej okresu pierwszego przerywać ciążę, w drugim okresie dbać tylko o stan chorej, a nadzorować poród, względnie ukończyć go w sposób najlżejszy, w połogu zaś zakazuje karmić. — 8) Kol. prof. Maydell opowiada o walce z gruźlicą w dzisiejszej Bolszewji rosyjskiej. Bolszewizm nie uznaje burżuazyjnego leczenia w gruźlicy, niszczy więc sanatorja i wszelkie urządzenia, jako nie dające wyników i nie mające znaczenia, a za główny sposób walki z gruźlicą uważa uświadomienie o niebezpieczeństwie gruźlicy. — 9) Kol. prof. Orłowski wyświetla niektóre mniej zrozumiałe punkta swego wykładu i odpowiada na zadane pytania.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 10. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, sekretarz kol. Szymanowicz; obecnych 125 członków.

I. Kol. prof. Latkowski przedstawia: 1) Chorą K. Z., lat 32, z **chorobą Basedowa** i zmianami w nerkach na tle tej choroby **(nephropathia basedowiana)**, gdzie badanie czynności nerek wykazało upośledzenie wydzielania chloru i omawia znaczenie prognostyczne tego powikłania; 2) przypadek **kretynizmu endemicznego** z obrzękiem śluzowatym u chłopca 18-letniego A. K. i okazuje zdjęcia rentgenologiczne kości, wykazujące opóźnienie wzrostu kości; 3) przypadek **amaurosis toxica** in ind. cum nephritide chronica, trwająca 7 dni po przebyciu błonicy; 4) **przypadek marskości kiłowej wątroby** z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, a ujemnym w płynie przesiękowym z jamy brzusznej, gdzie próba z galaktozą dała wynik ujemny.

II. Kol. Karelus przedstawił chorego z niezwykłym **zanikiem tęczówki**.

III. Kol. prof. Piltz przedstawia 3 przypadki **śpiączki pląsawiczej** (encephalitis choreiformis) z objawami katatonicznemi, retropulzją i objawami parkinsonowskiemi, przypominającemi otępienie przedwczesne.

IV. Kol. doc. Borowiecki i kol. Reich przedstawiają przypadek **niezwykłych współruchów** głowy, tułowia i kończyn z wyłączeniem dróg piramidalnych mózgu (ogłoszone będzie drukiem).

V. Kol. Walter przedstawia 1) **tuberculoma papilloneuroticum** i 2) **dermatitis herpetiformis Dühring**.

VI. Kol. Michejda przedstawia kilka przypadków **postrzałów nerwów**, operowanych z wynikiem dodatnim.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 17. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, sekretarz Szymanowicz; obecnych 95 członków.

I. Kol. Ackermann zawiadamia, że członkowie Towarzystwa ufundowali kosztem 30.000 Mkp. jedną cegiełkę na odnowienie Wawelu. Pozostałą ze zbiórki kwotę 1.700 Mkp. przeznaczono na plebiscyt na Górnym Śląsku.

II. Kol. Glatzel przedstawia 1) **pseudohermaphroditismus masculinus externus et internus** (operowany przez prof. Rutkowskiego); 2) **preparat serca przebitego nożem**; po zeszyciu komory chory żył jeszcze 28 godzin.

W dyskusji kol. prof. Kostanecki wyjaśnia sposób powstania przypadku przedstawionego obojnactwa.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **nieżytu wiosennego spojówki**, łudząco podobny do jaglicy i podaje rozpoznanie różniczkowe między temi dwoma stanami.

IV. Kol. doc. Brudzewski wygłasza odczyt: **O widzeniu połowiczem** (będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusji 1) kol. prof. Majewski zaznacza niezwykłość przypadków i ważność obserwacji kol. Brudzewskiego, nie zgadza się jednak z mianownictwem do tychże przypadków, podanem przez kol. Brudzewskiego i proponuje inną nazwę, na co kol. Brudzewski się zgadza. — 2) Kol. Rose omawia sprawę budowy histologicznej kory wzrokowej i lokalizację u małp i ludzi różnych ras. — 3) Kol. Borowiecki omawia stanowisko naukowe w sprawie zastępstwa korowego plamki żółtej.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 23. marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 95 członków.

I. Z powodu wyjazdu sekretarza kol. Szymanowicza proponuje przewodniczący, aby obowiązki sekretarza poruczyć kol. Szancenbachowi. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

II. Kol. Rose przedstawia i omawia 2 przypadki typowej **tężyczki** (tetania). Pierwszy po 3 dawkach mleczanu wapniowego znacznie się poprawił, drugi nie oddziaływał zupełnie na leczenie ani bromowe, ani mleczanem wapniowym. Prelegent zwraca uwagę na miesiąc marzec, jako typowy dla występowania tego cierpienia.

W dyskusji kol. Blassberg zapytuje, czy w powyższych przypadkach nie było zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, na co prelegent odpowiada przecząco.

III. Kol. Szymanowicz przedstawia 3 preparaty **zaśniadu groniastego**: Pierwszy przypadek t. zw. zaśniadu groniastego niszczącego (mola destruens) otrzymano z sekcji, gdyż chora zmarła z powodu włóknikowego zapalenia płuc w kilka godzin po konserwatywnem usunięciu zaśniadu. W drugim i trzecim przypadku preparaty otrzymano drogą operacyjną, gdyż u kobiet dobiegających okresu przekwitania z powodu stwierdzonego zaśniadu groniastego usunięto macicę w całości. Stojąc na stanowisku, że w przypadku zaśniadu niszczącego łatwo przy opróżnianiu macicy przebić jej ściany, że 40% nabłoniaka złośliwego kosmówki ma za punkt wyjścia zaśniad groniasty, uwzględniwszy w końcu łatwość zabiegu operacyjnego i późny wiek chorych, u których przez zabieg nie sprowadzi się zbyt znacznych zaburzeń, w obu tych przypadkach zdecydowano się na zabieg doszczętny. Przebieg operacji i stan pooperacyjny w zupełności usprawiedliwił to postępowanie. Na zasadzie powyższego prelegent zaleca w przypadku zaśniadu groniastego zabieg

doszczętny, zwłaszcza u kobiet, które zbliżają się do końca swej czynności fizjologicznej.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 30 marca 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Członków obecnych 57.

I. Kol. Dr Gieszczykiewicz przypomina, że z dniem 1. kwietnia upływa termin ostateczny zgłaszania do komitetu francusko-polskiego prenumeraty na czasopisma lekarskie francuskie po zniżonej cenie.

II. W poczet członków przyjęto Dr Augusta Bieńkiewicza i Dr Józefa Schmida.

III. Kol. prof. Lewkowicz wygłosił wykład: **Patogeneza nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych.** (Rzecz będzie ogłoszona drukiem). — W dyskusji zabierali głos kol. Kostrzewski, Eisenberg i prelegent.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 6. kwietnia 1921 r

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 56 członków.

I. W poczet członków przyjęto kol. Eugenię Orlińską z Krakowa.

II. Kol. Blassberg wygłosił wykład: **Medycyna a Esperanto**. Świetny rozwój medycyny w 19. stuleciu zawdzięczamy triumfowi metodyki i rozwojowi organizacji pracy naukowej, która opierając się na rezultatach badań uczonych całego świata, żywo postępowała naprzód. Znaczną trudność w tym względzie stanowi brak międzynarodowych czasopism naukowych, w którychby sami autorowie umieszczali swoje prace lub autoreferaty w jednym języku wspólnym, zrozumiałym dla uczonych różnych narodowości. Łacina, która dawniej spełniała tę rolę, zanikła, nie odpowiadając nowoczesnemu rozwojowi pojęć. Zjazdy międzynarodowe z powodu wielojęzyczności przynosiły małe korzyści. Prelegent na przykładach dowodzi, jakie spory toczyły się o prawo pierwszeństwa autorskiego na terenie nauki międzynarodowej i jakie szkody poniosła medycyna wogóle, a w szczególności polska medycyna z powodu wielojęzyczności w nauce. Coraz bardziej jest odczuwana potrzeba jednego wspólnego i wyłącznego języka, obowiązującego w nauce. Roli tej nie mógłby spełnić żaden z żywych narodowych języków współczesnych zarówno z powodu trudności nauczenia się, jak i ze względów emulacji narodów i jednostronności oraz stronniczości, którąby wprowadzeniu jednego języka narodowego towarzyszyć mogła. Rola ta przypaść musi językowi sztucznemu, bardzo łatwemu i zdolnemu do rozwoju, któryby odpowiadał potrzebom międzynarodowym w nauce, literaturze i w stosunkach handlowych. Takim językiem jest powstały na ziemi polskiej Esperanto, stworzony przez lekarza warszawskiego Dr Zamenhofa. Język ten zdobył sobie cały świat cywilizowany i od lat blisko 35 coraz więcej jedna sobie zwolenników, wnika w różne dziedziny i gruntuje sobie coraz silniejszą pozycję. Wybitni lekarze i uczeni wszystkich narodowości polecają go gorąco w stosunkach międzynarodowych, a różne kongresy i zrzeszenia międzynarodowe przyjęły lub polecają używanie tego języka. Wobec potężnego rozwoju stosunków międzynarodowych należy wcześnie rzecz rozpatrzyć i przewidzieć, że dopuszczenie, propagowanie i przyjęcie Esperanta na międzynarodowym terenie nauki przyniesie wielką korzyść dla medycyny wogóle, a dla medycyny polskiej i jej stanowiska w świecie w szczególności.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia popłód z **ciąży bliźniaczej monochorjalnej,** tem się różniącej od bichorjalnej, że jaje płodowe ma tylko jedną wspólną dla obu płodów kosmówkę i że płody w nim zawarte mają jedną płeć. Ciąży takiej odpowiada w jajniku tylko jedno ciałko żółte. W świecie zwierzęcym tylko pancerniki mają z reguły ciążę monochorjalną.

W dyskusji 1) kol. prof. Kostanecki stwierdza, że nazwa, jakiej używają dla ciąży monochorjalnej Niemcy — ciąży jednojajowej — nie jest zgodna z rzeczywistością, gdyż spodziewaćbyśmy się musieli w tym wypadku jednego wspólnego pęcherzyka żółtkowego, tymczasem dzieje się odwrotnie: przy badaniach przeprowadzonych w tym kierunku znajdowano zawsze 2 pęcherzyki. Nasuwa się pytanie, skąd pochodzi, że dzieci w tym wypadku posiadają wspólną płeć. Sądzono, że komórka dzieliła się już we wczesnym okresie na 2 blastomery, z których każda rozwijała się samodzielnie; spotyka się to u jeżowców, u człowieka zaś z powodu silnie rozwiniętej otoczki przeźroczystej jest to niemożliwe.

2) Kol. Rosner, zastanawiając się nad kwestją predestynowania płci, dochodzi do wniosku, że dzieje się to już w jaju. Potwierdzenie tego mamy w świecie owadów, gdzie jaja żeńskie już morfologicznie różnią się od jaj męskich.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 13. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 63 członków.

I. W poczet członków przyjęto koleżankę Marję Krauzową.

II. Kol. Michejda przedstawia chorego rannego we wrześniu ub. roku. Rozpoznanie: częściowe uszkodzenie nerwu pośrodkowego. Badanie 29. XI. wykazało upośledzenie ruchów palców, bole po dłoniowej stronie 1—4 palca, osłabienie czucia bolu i dotyku w 3. członku 2. i 3. palca i 2. członku kciuka. Ponieważ przy leczeniu zachowawczem bóle nie ustępowały i nastąpiła zaledwie nieznaczna poprawa ruchów, wykonano przeto d. 19. III. 1921 zabieg operacyjny, polegający na **tubulizacji gałązek nerwowych** z wynikiem dodatnim; bole ustąpiły wkrótce po zabiegu, nastąpiła również i znaczna poprawa w ruchach.

III. Kol. Rosenhauch przedstawia chorego z **uszkodzeniem gałki ocznej.** Leczenie zachowawcze dało w tym przypadku bardzo dodatnie wyniki. Bystrość wzroku w znacznej mierze została przywrócona.

IV. Kol. Eisenberg przedstawia: 1) preparaty z nalotów przy »gingivitis ulceroso-necrotica« i »angina ulceroso-necrotica« przedstawiające symbiozę Plaut-Vincentowską (**fusospirochaetosis**). Podkreśla na podstawie literatury niemieckiej, francuskiej i hiszpańskiej, jak również własnych doświadczeń, zwiększoną częstość tych spraw w czasie wojennym i powojennym. Byłoby rzeczą ciekawą rozstrzygnąć, jaka jest przyczyna tego częstszego występowania »fuzospirochetozy«, czy, jak sądzą jedni, niedostateczne pielęgnowanie jamy ust, czy też może jakościowo i ilościowo upośledzone odżywianie (analogja w gnilcu, który obecnie zalicza się do awitaminoz). Choroba jest ciekawa, jako może jedyny przykład sprawy, wywoływanej przez stałą »spółkę zarazkową«, jak również przez wielokształtność i różnorodną siedzibę zmian wywoływanych. Spotykano tę spółkę na migdałkach, w »stomatitis i gingivitis ulceroso-necrotica«, w ropniach pochodzenia zębowego, przy raku wodnym (noma), przy rtęciczem zapaleniu jamy ustnej, przy zgorzeli płuc, w t. zw. »ulcus venereum«. E. znajdował ją też kilkakrotnie we wyciekach cewkowych przy przewlekłym tryprze. Wskazuje na ważność rozpoznania różniczkowego od błonicy, kiły lub gruźlicy i potrzebę badania mikroskopowego w każdym przypadku. Stwierdzenie symbiozy nie wyklucza jednak możliwości powikłania błonicą (czego dowiódł jeden własny przypadek Eisenberga), wzgl. kiłą (w jamie ust rozpoznanie trudne ze względu na podobieństwo spirochaete microdentium do sp. pallida). Ważne jest w jamie ustnej rozróżnienie od wstępnych zmian pęcherzycy (2 własne przypadki). Co do leczenia, to oprócz dawniej stosowanych środków polecają autorowie obecnie salwarsan miejscowo lub dożylnie (w przypadkach uporczywych), nadto ostatnio także eukupinę i trypaflawinę. E. poleca wypróbowaną w kilku przypadkach (wspólnie z kol. Szwarzbartem i kol. Blassbergiem) chemoterapję miejscową zap. pędzlowań 1% rozczynem wodnym fioletu metylowego lub kryształowego (pyoktaniny). Zmiany ustępują po kilku pędzlowaniach.

2) Preparaty plwociny z zapalenia płuc grypowego z zoogleami **diplostreptococcus pleomorphus** Wiesner-Bernhardt. Prelegent nawiązuje do tego uwagi o naturalnym układzie bakterji w plwocinie.

W dyskusji przemawiali kol. Blassberg, Laskiewicz i Szumowski.

V Kol. Wojciechowski przedstawia macicę usuniętą z powodu sprawy septycznej, wywołanej przez usiłowane spędzenie płodu i omawia **operacyjny sposób leczenia septycznych zakażeń połogowych**. Wedle Bumma w Niemczech ginie rocznie z tego powodu 4—5 tysięcy kobiet. U nas statystyki w tym kierunku brak, lecz stosunki są zapewne jeszcze gorsze. Sprawę wycinania zakażonej macicy podniesiono początkowo w Anglji i Ameryce i ma ona swych zwolenników. Ahlfeld i inni wybitni ginekologowie niemieccy są przeciwnikami tej metody. Trzeba jednak nie wszystkie przypadki traktować jednako. Wedle spostrzeżeń prelegenta przypadki autoinfekcji przebiegają naogół łagodniej, przypadki zaś zakażenia, wywołanego próbami wywołania poronienia lub też zabiegiem operacyjnym, jak kleszcze, obrót i t. p. są zwykle złośliwe i te właśnie nadają się do leczenia operacyjnego. Doświadczenie kliniczne lekarza powinno tu rozstrzygać, czy w danym przypadku ustrój sam sobie da radę, czy też wystąpić należy czynnie. Bakterjologja niewiele nam tu może pomódz; badanie bakterjologiczne wymaga dość długiego czasu i nie jest pewne, zwłaszcza

jeśli da wynik ujemny. Również badanie cytologiczne krwi, wobec istnienia leukocytozy fizjologicznej, nie daje zbyt wybitnych wyników. Najważniejsza jest przy pewnem doświadczeniu lekarza ocena całokształtu klinicznego w danym przypadku. Wyniki sekcyjne nie wiele również w tej sprawie wyjaśniają: w niektórych przypadkach już po bardzo niewielu dniach znajdujemy znaczne zmiany, w innych zaś przypadkach nawet po długim przeciągu czasu zmiany nie przekraczają błony śluzowej macicy. Decyzja, jak postępować, jest bardzo trudna. Prelegent na zasadzie powyżej przytoczonych faktów dochodzi do wniosku, że o ile: 1) zakażenie pochodzi z macicy (nie z krocza ani pochwy), 2) przybiera obraz ostry i daje małe widoki wyleczenia, 3) jest ograniczone do samej tylko macicy, przymacicza i okołomacicza, należy występować czynnie, i to o ile możności wcześnie.

W dyskusji kol. prof. Rosner nie zgadza się zasadniczo z wywodami prelegenta. Nigdy w początkowym okresie choroby, gdzie wystąpienie czynne mogłoby mieć widoki powodzenia, nie podobna stwierdzić, że ustrój nie da sobie sam rady z zakażeniem. Nigdy nie możemy być pewni, czy sprawa nie przekroczyła już poza ściany macicy, a otwierając przy zabiegu operacyjnym całą olbrzymią sieć naczyń limfatycznych, znajdujących się w tkance przymacicznej, w razie, jeśli są one już zajęte sprawą chorobową, narażamy otrzewną na pewne zakażenie, gdy bez zabiegu sprawa mogłaby, jak to zresztą najczęściej bywa, ograniczyć się. Mowca przeżył kilka takich przypadków, gdy pod wpływem pochwał, wygłaszanych dla postępowania czynnego, chciał tę metodę wypróbować. — 2) Z wywodami kol. Rosnera zgadza się w zupełności kol. Ackermann. — 3) Prócz tego głos. w dyskusji zabierali kol. Eisenberg i kol. Blassberg.

XIV Posiedzenie naukowe z d 20. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol. Kostrzewski, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych członków 65.

I. W poczet członków przyjęto kol. Wojewskiego Stanisława, kapitana-lekarza.

II. Przewodniczący odczytuje zaproszenie na zjazd okulistów polskich i program tegoż zjazdu, który ma się odbyć w Warszawie między 15—20 lipca b. r.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia: 1) **Preparat** macicy usuniętej operacyjnie z powodu **raka szyjki macicy**. Na preparacie tym znajdujemy oprócz tego typowy obraz **salpingitis nodosa** i guzki **gruźlicze** na otrzewnej. W wywiadach stwierdzono jeszcze **kiłę**. 2) **Torbiel skórzakowata jajnika wypełniona kulkami** tłuszczowemi. W sprawie tworzenia się takich kulek istnieją różne teorie, pomiędzy innemi, że powstają one wskutek oziębiania się płynu zawartego w torbieli przy otwarciu jamy brzusznej (Neugebauer). W tym przypadku balotowanie kulek stwierdzono jeszcze przed zabiegiem operacyjnym już przy zewnętrznem badaniu chorej. Przemawiałoby to przeciw teorji Neugebauera.

W dyskusji zabierają głos:

1) Kol. Zubrzycki: Powstawanie tworów kulistych w torbielach skórzastych jajnika odnieść należy zdaniem mojem do zmian, spowodowanych w płynie pierwotnym torbieli pod wpływem zmieszania się z nią surowicy krwi, względnie samej krwi. Zmiany te są natury fizyczno-chemicznej, takie same, jakie zachodzą w rozczynie koloidalnym, (a za taki musimy zawartość torbieli uważać na podstawie badań chemicznych), pod wpływem zmieszania się z nim drugiego rozczynu koloidalnego o innem napięciu powierzchniowem (surowica). Zmiany te doprowadzają do koagulacji i wytworzenia ciał kulistych.

2) Kol. Eisenberg podnosi, że tłómaczenie powstawania złogów w ustroju na podstawie chemji kolloidalnej znalazło ze skutkiem zastosowanie do objaśnienia genezy kamieni żółciowych i nerkowych, zwapnień patologicznych, skrzepów krwi itp. W danym przypadku z pośród lipoidów przedewszystkiem cholesteryna i jej estry przedstawiają na podstawie badań Porgesa i Neubauera, jakoteż Henri i Iscovesco wielką wrażliwość na czynniki zmniejszające dysperzję (charakter t. zw. suspenzoidów), one zatem przedewszystkiem wchodziłyby w rachubę. Podniesiony przez kol. Zubrzyckiego związek powstawania kul z zastojem żylnym może dałby się wytłomaczyć nagromadzeniem się CO_2 w płynie względnie zwiększoną zawartością jonów H, która, jak wiadomo, ma wielki wpływ na strącanie zawiesin kolloidalnych zarówno białkowych jak lipoidalnych.

IV. Kol. Zdz. Reich: **Analiza przypadku odruchowej naczynioruchowej trofoneurozy.** U młodego człowieka, cierpiącego na neuralgię nerwu trójdzielnego i mającego bliznę w okolicy wielkich naczyń szyi, wywiązała się w następstwie przebytego urazu trofoneuroza, polegająca na odruchowem potnieniu i zaczerwienieniu w obrębie drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, przy mastyfikacji. Z koincydencji objawów i badania farmakologicznego wynika, że wchodzi tu w rachubę odruch z nerwu trójdzielnego na nerw współczulny. Do powstania cierpienia przyczyniły się czynniki natury konstytucjonalnej lub kondycjonalnej (w rozumieniu Tandlera), albowiem badanie krwi wykazało obraz krwi Kochera, dalej badanie elektryczne wykazało w jednym nerwie odwrócenie odczynu galwanicznego w kierunku spasmofilnego, a w dwóch nerwach oddziaływanie podobne do myotonicznego. (Streszczenie własne).

V. Kol. prof. Juljan Nowak wygłosił wykład: **O księgosuszu**. Księgosusz jest plagą groźną, z której ogromu nie zdajemy sobie jeszcze dostatecznie sprawy. Ma on znaczenie nie tylko dla hodowców, lecz i dla ogółu ze względu na zmniejszenie się stanu bydła rogatego, a w związku z tem braku mięsa i nabiału. Plaga księgosuszu dotyczy nietylko nas, lecz zagraża i całej Europie. Broni się ona przed księgosuszem, o czem świadczy zjazd państw sąsiadujących z Polską, który się odbył w sprawie księgosuszu w Wiedniu, w Paryżu zaś ma się wkrótce odbyć w tejże sprawie zjazd państw europejskich. Służba sanitarna dla obrony przed księgosuszem była w dawnej Austrji wzorowa, dotyczyło to zwłaszcza powiatów wschodnich, sąsiadujących z byłem państwem rosyjskiem, w którem księgosusz stale się utrzymywał.

Księgosusz jest chorobą zakaźną bydła rogatego, której zarazek dotychczas nie jest znany. Ma on się znajdować w ciałkach białych, a tylko gdzieniegdzie wolny. Zarazek znajduje się we wszystkich wydzielinach i wydalinach chorego zwierzęcia. Okres wylęgania trwa kilka dni, choroba występuje nagle wśród wysokiej gorączki. Kulturalne rasy bydła (nizinne lub szwajcarskie) łatwiej ulegają zakażeniu i łatwiej giną; bydło siwe stepowe jest mniej podatne na zakażenie i więcej wytrzymałe, prawdopodobnie jest ono wskutek ciągłej styczności z księgosuszem więcej uodpornione. Z objawów klinicznych schorzenia wysuwają się na pierwszy plan gorączka (40^0—41^0), brak łaknienia, bardzo znaczne łzawienie i zaczerwienienie spojówek, zaczerwienienie i stan zapalny wszystkich błon śluzowych, doprowadzające do obumarcia nabłonka. Zależnie od głębokości martwicy błona śluzowa pokrywa się nalotami białemi, szaremi, lub szarozielonemi. Zwiększa się wydzielanie śliny. Następstwem zmian w jelitach jest początkowo zaparcie stolca, a następnie biegunka, kał jest płynny, krwawy, cuchnący. Nazwa księgosusz na tym objawie jest właśnie oparta, lecz jest nieodpowiednia, nieścisła, właściwsza jest »dżuma bydlęca«.

Tępienie księgosuszu polega na zabijaniu sztuk chorych, podejrzanych, a nawet i zdrowych, jeśli się tylko stykały z bydłem chorem, oraz na zapobiegawczem uodpornieniu. Zwierzę, które przebyło księgosusz, jest uodpornione i surowica jego ma własności uodporniające, jednak w niezbyt znacznym stopniu. Działanie jej można spotęgować przez wstrzykiwanie dużych dawek surowicy (1 grm na 1 kg wagi). Lepsze wyniki daje uodpornienie czynne przez zakażenie żółcią zwierząt padłych lub zabitych. Jeszcze lepsze wyniki daje kombinacja zakażania surowicą i krwią. Zwierzę choruje, lecz słabo, zyskuje jednak odporność. W Polsce założono dla produkcji surowicy przeciwksięgosuszowej dwie stacje: jedną w Puławach, drugą w Brześciu litewskim. W Puławach jest obecnie około 300 sztuk zakażonych sztucznie dla produkcji surowicy, mniej więcej tyleż w Brześciu. Wogóle surowicy produkowano dotychczas w całym świecie niewiele, a zapasy, jakie były w Egipcie, Francji, Turcji i Bułgarji, już się wyczerpały lub zostały zniszczone przez wojnę. Polska jest obecnie jak gdyby przedmurzem dla Europy przed księgosuszem. Stałe ogniska tej zarazy znajdują się w Azji na stokach Himalajów i w Rosji na stepach. Dla Rosji jednak ta choroba nie jest tak straszna, jak dla nas, gdyż bydło tamtejsze jest znacznie odporniejsze.

Sztuki, które przebyły chorobę pomimo powrotu do zdrowia, są jeszcze przez czas dłuższy (do 100 dni) roznosicielami zarazy. Zresztą pozornie zdrowe bydlę jeszcze przez 140 dni może mieć zmiany anatomiczne wskutek przebytej choroby. Rozsadnikiem zarazy mogą być również i sztuki pozornie zdrowe, które przebyły chorobę bardzo lekko, niespostrzeżenie. Odporność sztuczna według obserwacji ma trwać zaledwie 4—6 miesięcy; to utrudnia walkę z zarazą; są jednak zdania, iż odporność taka trwać może 3—5 lat. Najbardziej sprzyjającą porą dla szerzenia się epidemji jest pora letnia, gdy bydło bywa wyganiane na paszę zieloną.

Rząd i Sejm Polski wykazał w walce z księgosuszem niestety pewną opieszałość, gdyż wystąpiono do walki dopiero wtedy, gdy zaraza przybrała już zastraszające rozmiary.

W dyskusji 1) kol. Eisenberg podnosi niezmierne zna-

czenie społeczne omawianej zarazy. Rosja według urzędowych wykazów traciła rocznie po kilkadziesiąt tysięcy sztuk, w rzeczywistości zaś znacznie więcej. Egipt stracił w ciągu 2 lat pół miljona, a w r. 1904 przeszło półtora miljona sztuk. Nasze straty mogłyby być katastrofalne pod względem ekonomicznym i wskutek obniżenia poziomu odżywiania znękanego wojną kraju. Dla patologji bydlęcej księgosusz ma podobne znaczenie, jak dur plamisty dla ludzkiej. Hipoteza Scheina o siedzibie zarazka w ciałkach białych znajduje analogię w zarazku duru plamistego, którego wybiorcze sadowienie się w ciałkach białych wykazał Nicolle w doświadczeniach na morskich świnkach, a Weigl w doświadczeniach na wszach. Nadto Prowazek wykazał obecność swoistych wtrętów komórkowych w ciałkach białych chorych na dur plamisty. Trudność przyczynowego zwalczania zarazy polega raz na trudności produkowania ogromnych ilości surowicy ochronnej, powtóre zaś na konieczności stosowania samego zarazka i to koniecznie żywego (bo zabity traci skuteczność uodporniającą, podobnie jak cały szereg innych zarazków, a może nawet wszystkie). Ważne byłoby wobec tego wynalezienie metody hodowania zarazka poza ustrojem zakażonym, a może (podobnie jak to uczynił ostatnio Kuczinsky z zarazkiem duru plamistego) we woreczkach kollodjonowych w zwierzętach, coby zwalniało od utrzymywania zwierząt zakażonych, które mogłyby same szerzyć zarazę. Podawane w literaturze dane o krótkiem, bo 3—6-miesięcznem trwaniu odporności po serowakcynacji są może pessymistyczne, jako oparte na brutalnej metodzie zakażania większą ilością zarazka. Może w warunkach naturalnych, gdzie wchodzą w grę małe ilości zarazka, odporność okaże się trwalszą, coby znakomicie ułatwiło walkę z zarazą.

2) Kol. Janiszewski podnosi, że metody zwalczania księgosuszu przypominają metodę zwalczania dżumy i zwraca uwagę, że przenośnikami choroby mogą być również ptaki i owady.

3) Kol. Nowak w zakończeniu odczytu podnosi zasługi Nenckiego w sprawie badania księgosuszu i dla ilustracji rozmiarów klęski podaje, iż w latach 1811—1814 podczas epidemji księgosuszu we Francji zginęło z górą 2½ miljona sztuk bydła.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 27. kwietnia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych 57 członków.

I. Kol. Gieszczykiewicz podaje do wiadomości kolegów, iż komitet francusko-polski został rozwiązany, a na jego miejsce powstaje francusko-polskie Towarzystwo lekarzy.

Przewodniczący wnosi, by wobec tego, że rozwiązujący się komitet nie posiada komisji kontrolnej, komisja kontrolna Towarzystwa lekarskiego sprawdziła księgi i rachunki rozwiązującego się komitetu. Wniosek przyjęto.

II. Kol. Rychliński: 1) Przypadek **torbieli gruczołu Bartholiniego** o rozmiarach małej głowy. — 2) Przypadek **torbieli zastojowej,** wychodzącej z przedniej ściany **pochwy.** — 3) Przypadek **włókniaka,** wychodzącego z zewnętrznej części **więzadła obłego.** — 4) Przypadek dużego **włókniaka szyjki** macicznej, usadowionego wśródblaszkowo. — 5) Przypadek **krwiaka śródpochwowego i śródmacicznego** u 39-letniej kobiety, u której choroba ta rozwinęła się wskutek zarośnięcia światła pochwy po przebytym przed 16 miesiącami ciężkim porodzie, trwającym cztery doby. Poniżej zarośnięcia kanału pochwy stwierdzono jeszcze przetokę pochwowoodbytniczą, z łatwością przepuszczającą palec. Przypadek ten przedstawia R. dlatego, że niezmiernie rzadko powstają takie ciężkie zniszczenia w przebiegu samoistnego, acz bardzo ciężkiego porodu, powtóre, że zdecydowany jest przypadek ten operować doszczętnie, t. zn. przez wyłuszczenie całego guza, a nie przez zwyczajne okrojenie blizny pochwowej, uzasadniając to tem, że kał, wydobywający się przez przetokę pochwowo-odbytniczą mógłby spowodować ogólne zakażenie, tembardziej, gdy się zważy, że zalegająca krew miesiączkowa jest doskonałą pożywką dla bakteryj. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierali głos kol Wojciechowski, Rosner i prelegent.

III. Kol. Leonard Bier wygłosił odczyt: **O fasoli trującej.** Prelegent przedstawia wynik swych badań nad fasolą, która wprowadzona do Polski od połowy ub. r. dawała powód do skarg, najpierw wśród robotników górniczych, między których ją rozdzieliło Ministerstwo aprowizacji. Po spożyciu jej występowały objawy chorobowe w postaci silnego bólu głowy, gwałtownych bólów brzucha, nudności, nieraz wielokrotne wymioty, biegunka oraz silna duszność. Przyczyną objawów tych jest, według prelegenta, zatrucie kwasem pruskim, zawartym w sprowadzanym gatunku od r. ub., nieznanym dotychczas w Europie gatunku fasoli z rodzaju botanicznego »Phaseolus lunatus«. Kwas pruski znajduje się w fasoli w postaci glikozydu faselunatyny, która pod wpływem enzymu zawartego w fasoli, oraz enzymów narządu trawiennego rozszczepia się na glykozę, aceton i kwas pruski. Zawartość glikozydu w dziko rosnących odmianach gatunku »Phaseolus lunatus« jest dość znaczna, dochodzi do 320 mgr. HCN w 100 gr. fasoli, pod wpływem hodowli maleje, jednak i w odmianach hodowlanych nieraz wzmaga się w zmienionych warunkach hodowli. W próbach badanych przez siebie stwierdzał prelegent od 8—45 mgr. HCN w 100 gr fasoli, przy użyciu swoistego enzymu fasoli, jako rozszczepiającego glikozyd. Dalsze działanie enzymów trawiennych zdołało wydzielić jeszcze kilkanaście mgr HCN we fasolach, w których badanie pierwotne dokonywano przy użyciu enzymu swoistego. Tym faktem wytłomaczyć należy objawy zatrucia u osób, które spożyły fasolę o wielkiej zawartości glikozydu (11 mgr. w 100 grm fasoli). Pod wpływem moczenia fasoli przez kilkanaście godzin, również przez gotowanie rozszczepia się glikozyd, a fasola traci znaczną ilość swych własności trujących, oddając je wodzie. Odwarem takim pojone zwierzęta (kozy) padały w kilka minut po napojeniu z objawami gwałtownej duszności.

Prelegent przytacza opis szczegółowy przypadków śmiertelnych, zakończonych zejściem śmiertelnem w 8—24 godz. po spożyciu, spostrzeganych przez lekarzy szpitalnych w których to przypadkach gwałtowne objawy ze strony przewodu pokarmowego i silny zapad nasuwały rozpoznanie niedrożności jelit, a które odnieść należało jedynie do stwierdzonego spożycia wspomnianego gatunku fasoli.

Prelegent jeszcze w lipcu ub. r. przedłożył Ministerstwu zdrowia publicznego wnioski, zmierzające do zabezpieczenia ludności Polski przed szkodą na zdrowiu, wynikającą z gatunku fasoli »Phaseolus lunatus«. Rozporządzenie Ministerstwa, ogłoszone w czasie ostatnim, wzbraniające dowozu wspomnianego gatunku fasoli do Polski, wymaga zdaniem prelegenta pewnych uzupełnień, jeśli akcja, rozpoczęta przez Ministerstwo, ma istotnie zapobiedz rozszerzeniu się tego gatunku fasoli w Polsce oraz niebezpieczeństwu, grożącemu z zapasów wprowadzonych do kraju przed wydaniem zakazu. (Streszczenie własne).

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 4. maja 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szancenbach. Obecnych członków 59.

I. W poczet członków przyjęto kol. Kazimierza Habichta z Krakowa.

II. Przewodniczący odczytuje uchwałę, powziętą na wspólnem posiedzeniu zarządów Towarzystwa lekarskiego, Izby lekarskie i Związku lekarzy zachodniej Małopolski w sprawie śląskiej, a domagającą się przyłączenia Śląska do Polski. Uchwałę przyjęto wśród ogólnych oklasków.

III. Następnie przewodniczący uczcił w gorącem przemówieniu pamięć świeżo zmarłego kolegi ś. p. Dr Juljana Czyrniańskiego. Obecni wysłuchali przemówienia stojąc.

IV. Kol. Zdzisław Reich: **Dalszy przyczynek do patogenezy stanów następowych po śpiączce nagminnej** (encephalitis lethargica). II. **Obraz krwi.** Badanie krwi, przeprowadzone w 12. przypadkach śpiączki nagminnej ze zbiorem objawów myastatycznym wykazało we wszystkich przypadkach nad-

zwyczaj wybitne zmiany krwi, a mianowicie wybitną neutropenję, połączoną z bardzo wysoką limfocytozą, tak, że limfocyty w pewnych przypadkach przeważają nad ciałkami obojętno-chłonnemi. Badanie krwi potwierdza więc postawioną przez prelegenta teorję (wyłożoną w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w listopadzie 1920 r.), że w następstwie śpiączki powstają zaburzenia w układzie gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, któreto zaburzenia dopiero wtórnie prowadzą do zespołu amyastatycznego.

W dyskusji: 1) kol. Eisenberg zwraca uwagę, że Jaksch i Pierfrancesco w pewnej części przypadków śpiączki nagminnej spostrzegali we krwi limfocytozę, przedewszystkiem zaś Géronne (Berl. klin. Wochenschr. 1920 Nr 49) badał obraz hematologiczny w 17 przypadkach i stwierdził w 2 ilość limfocytów wynoszącą 30—40%, w 7 40—50%, w 4 51—60%, w 3 61—70%, a tylko jeden nie objawiał limfocytozy. Limfocytoza w jego przypadkach trwała długie miesiące, po części nawet poza kliniczne wyleczenie. Na podstawie swoich spostrzeżeń Géronne skłonny jest przypuszczać u swoich pacjentów, jako czynnik usposabiający do zakażenia (nieznanym) zarazkiem śpiączki — stan grasicznolimfatyczny wzgl. degeneratywny obraz krwi (Bauer) lub infantylizm narządów krwiotwórczych (Gierlich). Patolog frankfurcki Herxheimer przy badaniu pośmiertnem materjału Géronnea kilkakrotnie stwierdził rzeczywiście objawy anatomiczne stanu grasiczno-limfatycznego, zwraca on również uwagę na przodowanie limfocytów w charakterystycznych naciekach okołonaczyniowych w mózgu. Różnica między hipotezą kol. Reicha a hipotezą Géronnea polegałaby na tem, że Géronne upatruje w wymienionej wadzie ustrojowej warunek zakażenia (stąd wynikałby brak zaraźliwości tej choroby zakaźnej), gdy kol. Reich upatruje w obrazie krwi i zmianach w pobudliwości nerwowej następstwa zakażenia wzgl. działania jadów. E. sam dwukrotnie również spostrzegał limfocytozę u chorych na śpiączkę nagminną.

2) Kol. Reich w odpowiedzi kol. Eisenbergowi podaje, że Kocherowski obraz krwi może być wprawdzie znamieniem anomalji konstytucjonalnej, że jednak może powstać (kondycjonalnie), jako odczyn narządu krwiotwórczego przy wszelkich zaburzeniach równowagi w układzie gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, niezależnie zresztą od tego, który gruczoł jest punktem wyjścia dla tego zaburzenia równowagi gruczołowej.

V. Kol. Bohdanowicz wygłosił referat: **Wyniki dożylnych wstrzykiwań kollargolu w wiewiórze.** Chcąc sprawdzić zachwalane przez niemieckich badaczy, jak Nast, Menzi, Weber, wyniki dożylnego stosowania kollargolu w tej chorobie, stosował B. środek ten w 140 przypadkach najrozmaitszych postaci wiewióra. Na podstawie swych spostrzeżeń, nie podzielając entuzjazmu cytowanych autorów, przedstawiających kollargol, jako środek heroiczny, dochodzi jednak B. do wniosku, że kollargol może być uważany za środek pomocniczy, skracający przebieg wiewióra lub czyniący go więcej podatnym na zwykłe klasyczne leczenie. Nie radzi stosować więcej nad dwie odległe od siebie o dni parę dawki, pierwszą 0·08, drugą 0·10 kollargolu w rozczynie wodnym 1%. (Streszczenie własne). (Praca ta ukazać się ma w »Lekarzu wojskowym«).

W dyskusji: 1) kol. Walter zaznacza, że w leczeniu wiewióra, zwłaszcza cewki moczowej męskiej mają znaczenie przedewszystkiem dwa czynniki, t. j. budowa anatomiczna cewki moczowej i zjadliwość danego szczepu dwoinek wiewiórowych. Dlatego usprawiedliwione są próby i poszukiwania sposobów leczenia, któreby mogły mieć korzystny wpływ na te dwa czynniki i w ten sposób mogłyby wzmocnić leczenie miejscowe. Jednak nadziei tych kollargol nie ziścił, jak to już z całego szeregu prac, jak również i kol. prelegenta, można wywnioskować. Mowca stosował wstrzykiwania dożylne kollargolu i w kilku przypadkach wiewióra u kobiet, jednak z wynikami zupełnie ujemnemi. Natomiast korzystnym bardzo okazał się wpływ tego sposobu leczenia w przypadkach (dwóch) ogólnego zakażenia dwoinkami Neissera. Mowca sądzi, że leczenie to tylko w tych warunkach może mieć znaczenie. (Streszczenie własne).

2) Kol. Eisenberg podnosi, że już na podstawie danych teoretycznych można było przewidzieć skromne wyniki lecznicze, uzyskane przez prelegenta. Wiadomo z licznych doświadczeń, że bezpośrednie działanie bakterjobójcze srebra kolloidalnego w probówce przy bezpośrednim kontakcie z zarazkami jest dość słabe. Wiadomo również, że wstrzyknięte do obiegu krwi srebro to w najkrótszym czasie znika z krążenia i zostaje złożone w śródbłonkach naczyniowych głównie w wątrobie i śledzionie (w komórkach kupferowskich). Wobec tego naturalnie trudno przypuścić, aby srebro mogło się dostać do błony śluzowej dotkniętej zakażeniem i bezpośrednio zadziałać na zarazek. Wyniki lecznicze, spostrzegane przez prelegenta, jak również spostrzegane w niektórych przypadkach ogólnych zakażeń ropnych, należy prawdopodobnie zaliczyć do kategorji nieswoistych działań leczniczych obcego białka (mleka, surowic, kazeiny, szczepionek bakteryjnych i t. p.), których zakres z każdym dniem się rozszerza, a które tłómaczy się na razie dość elastycznem pojęciem »aktywacji protoplazmy« (Weichard i Schittenhelm). W przypadku działania metali kolloidalnych chodzi być może o zaburzenia równowagi kolloidalnej protoplazmy, wywołane przez adsorpcję cząsteczek metali. (Streszczenie własne).

3) Kol. Rosner jako położnik interesuje się żywo metodą leczniczą, polegającą na dożylnem stosowaniu kolloidalnego srebra, gdyż sposób ten oddawna jest w użyciu w gorączce połogowej. Wielkie dzieła położnicze w ustępie o gorączce szczegółowo omawiają ten sposób leczenia (Herff, Zweifel). Otóż wiemy zgodnie z tem, co mówił kol. Eisenberg, że srebro kolloidalne szybko znika z obiegu, odkładając się przedewszystkiem w wątrobie, a nadto w mniejszej ilości w innych narządach, między innemi w płucach. Działanie jego w zakażeniu połogowem ogólnem jest, jak powszechnie sądzą, mniej baterjobójcze, a więcej odtruwające, antytoksyczne. To ostatnie, jak zresztą dowodzą doświadczenia »in vitro«, polega na katalizacyjnem działaniu rozpylonego ad maximum metalu, to jest na przyspieszeniu tych procesów chemicznych, które toksyny chemiczne przetwarzają, a przez to unieszkodliwiają. Jeśli tak jest, to trudno sobie wyobrazić, jak działać może srebro kolloidalne na miejscowe zakażenie dwoinkami Neissera. W ostatnich czasach w leczeniu gorączki połogowej kollargol ustępuje miejsca połączeniu kolloidalnego srebra z barwikiem t. j. błękitem metylenowym (argochrom). Badania wykazują, że srebro połączone z barwikiem znacznie dłużej pozostaje w obiegu i że barwik, mający, jak wiadomo, powinowactwo do ciała bakterji, a silnie ze srebrem związany, przemyca niejako metal do bakterji i umożliwia mu katalityczne działanie. W miejscowem zakażeniu wiewiórowem dożylne stosowanie tego środka nie będzie mieć zapewne też działania.

Prócz tego w dyskusji zabierali głos koledzy Lenartowicz, Seńkowski (2 r.) i prelegent.

Cała dotychczasowa Redakcja »Przeglądu lekarskiego«, wybrana przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, pozostaje bez zmiany i stanowić będzie aż do nowych wyborów miejscowy, krakowski Komitet redakcyjny »Polskiego Czasopisma lekarskiego«. Przewodnicząc nadal temu gronu, przestaję jednak być redaktorem głównym i z dzisiejszym zeszytem »Przeglądu lekarskiego«, który odtąd nie będzie czasopismem samoistnem, rozstaję się z samodzielnym warsztatem redakcyjnym. Dlatego niech mi wolno będzie zakończyć ten okres kilku słowami osobistemi.

Piętnaście lat redakcji, a dwadzieścia pięć działalności w jednem czasopiśmie, to okres dość długi, aby się i do swej pracy i do czasopisma i do czytelników przywiązać. Toteż z żalem z niemi się rozstaję, mimo, że praca redaktorska, acz na zewnątrz mało znaczna, nie jest drobną ani lekką. Nie była jednak nigdy przykrą, a nieraz niosła pokrzepienie. Płynęło ono z zadań i celów wytkniętych »Przeglądowi lekarskiemu« przez jego niezapomnianych założycieli, z sześćdziesięcioletniej tradycji czasopisma, z plonów, zebranych przez poprzedników, z pomocy i życzliwości, któremi zawsze, a szczególnie w trudnych chwilach, darzyli »Przegląd lekarski« światli i doświadczeni Koledzy. Im to w całym tym okresie najwięcej zawdzięcza »Przegląd lekarski«, względem nich zaciągnąłem też osobiście na zawsze zobowiązanie. Wprowadzał mnie do »Przeglądu lekarskiego« ś. p. profesor Domański, czujny strażnik czystości języka, pragnący wszystkim pisarzom lekarskim wszczepić swoje dobrej polszczyzny umiłowanie. Ster »Przeglądu lekarskiego« podawał mi Dr August Kwaśnicki, czcigodny przedostatniej walki o wolność Polski uczestnik, toteż przodownik na drogach do Jej zjednoczenia, torujący je wytrwale w zakresie swojej pracy, czego i »Przegląd lekarski« w jego rękach coraz żywszym stawał się wyrazem. Wspierała mnie gorliwa i jednym ożywiona duchem Komisja redakcyjna, przez te lata prawie niezmieniona, w której zawsze znajdowałem najlepszych doradców, dzielni, a często znakomici współpracownicy, nigdy nie sprawiający zawodu, doskonały i pismu prawdziwie oddany personal Drukarni Uniwersyteckiej. Ale największą podnietą do pracy był bliski, poprostu serdeczny węzeł, który spletli z »Przeglądem lekarskim« jego czytelnicy, tysiączne koło wiernych przyjaciół pisma w kraju i w ziemiach kresowych, setki garnących się ku niemu z dali rodaków, od Syberji po Atlantyk i od lodów północy do brzegów Nilu, i z za Oceanu, gdzie w szlachetnych Stanach Zjednoczonych drugą niemal znaleźli ojczyznę. Te zbiegające się w »Przeglądzie lekarskim«, jak może w żadnem innem jakiemkolwiek polskiem czasopiśmie, promienie myśli i pracy polskiej, toć była jego największa duma i dla jego redaktorów największa nagroda.

Stare wszystkim przyjaciołom pisma: »Bóg zapłać!«. A tym, w których ręce przechodzi »Przeglądu lekarskiego« puścizna, jedno tylko życzenie: oby, ku pożytkowi ogólnemu, praca ich była zawsze skuteczna, a plony jak najbogatsze.

Stanisław Ciechanowski.

Od Administracji

Wobec konieczności podniesienia poziomu czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego przez skupienie sił i zwiększenie objętości oraz wobec rosnących trudności wydawania czasopism w sposób dotychczasowy, uchwaliły Towarzystwa lekarskie lwowskie i krakowskie na swych Walnych Zgromadzeniach w lipcu i sierpniu jednomyślnie zawiesić samodzielne wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego« i »Lwowskiego Tygodnika lekarskiego« i złączyć je z »Polskiem Czasopismem lekarskiem«, które wychodzić będzie od października b. r. w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Warszawie i Wilnie nakładem H. Altenberga pod zbiorową redakcją Komitetów miejscowych jako tygodnik w zeszytach co najmniej dwuarkuszowych w dotychczasowym formacie »Przeglądu« i »Tygodnika lekarskiego« za przedpłatą około 300 mp. miesięcznie.

»Przegląd lekarski« i »Tygodnik lekarski lwowski« przestają wychodzić jako samodzielne pisma z końcem września b. r., a zeszyt niniejszy jest ostatnim zeszytem samodzielnym. »Polskie Czasopismo lekarskie« będzie dalszym ciągiem wszystkich złączonych czasopism. Towarzystwo lekarskie krakowskie i lwowskie uznały »Polskie Czasopismo lekarskie« za swój organ a prenumeratę tego Tygodnika za obowiązkową dla wszystkich swych członków. Zwolnienie z tego obowiązku w wyjątkowych wypadkach stanowi przywilej Prezydjum danego Towarzystwa.

Członkowie Polskiego Towarzystwa lekarzy b. Galicji, nie należący do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego lub lwowskiego, mogą otrzymać zwrot kwoty wpłaconej jako prenumerata za »Przegląd« i »Tygodnik lekarski« na IV kwartał 1921, a to stamtąd, gdzie ją wpłacili.

Inni prenumeratorowie »Przeglądu lekarskiego« mogą otrzymać zwrot prenumeraty, przypadającej za IV kwartał 1921, wprost z Administracji »Przeglądu lekarskiego« tylko w takim razie, jeżeli ją byli wpłacili bezpośrednio tej Administracji.

Prenumeratę na »Polskie Czasopismo lekarskie« przesyłać należy albo wprost do księgarni wydawniczej H. Altenberga, Lwów, ul. Pańska 16, albo przez księgarnie. Administracja »Przeglądu lekarskiego« zostaje zwinięta i przedpłaty na »Polskie Czasopismo lekarskie« nie przyjmuje.

Wiadomości bieżące.

W Klinice neurologiczno-psychjatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego wakują posady asystentów. Szczegóły w inseracie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

WYDZIAŁ POWIATOWY
SEJMIKU HRUBIESZOWSKIEGO

L. 411/II
I

ZAWIADOMIENIE.

Trzy miasteczka tutejszego powiatu t. j. Grabowiec, Kryłów i Horodło nadają się do osiedlenia przez wolno praktykujących lekarzy.

Celem umożliwienia osiedlenia się Wydział Powiatowy przeznaczył każdemu subwencję 150000 Mk. rocznie, płatną w ratach miesięcznych z dołu

Reflektanci z kilkuletnią praktyką zawodową, narodowości polskiej, religji rzymsko-katolickiej zechcą się zgłosić po bliższe informacje do Wydziału Powiatowego w Hrubieszowie (Województwo Lubelskie).

184 Przewodniczący Wydziału Sejmiku:
Sekretarz: (podpis nieczytelny). Starosta: *B. Zamościk.*